Julius-Maximilians-
UNIVERSITÄT WÜRZBURG

Uniklinikum Würzburg

Katholische Stiftungshochschule München
University of Applied Sciences

OVER-BEAS

PRÜFLEITFADEN

ZUR QUALITÄTSMESSUNG IN DER AUßERKLINISCHEN INTENSIVPFLEGE BEATMETER MENSCHEN

ERGEBNISSE AUS DEM PROJEKT ZUR OPTIMIERUNG DER VERSORGUNG BEATMETER PATIENTEN IN DER AUßERSTATIONÄREN INTENSIVPFLEGE (OVER-BEAS)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Förderkennzeichen: 01VSF17008

Inhalt

1 Hintergrund....1
1.1 Entwicklung der außerklinischen Beatmung....1
1.2 Problemfelder der Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege....1
1.3 Optimierung der Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege....2
2 Entwicklung der Qualitätsindikatoren....3
2.1 Qualitätsindikatoren zur Verbesserung der Versorgungsqualität....3
2.2 Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren....4
2.3 Finaler Qualitätsindikatorensatz und Anwendung der Erhebungsinstrumente....5
3 Fazit....5
4 Literatur....7
5 Anhang....9
5.1 Qualitätsindikatorensatz für die außerklinische Intensivpflege
5.2 Erhebungsbogen Patientenbezogene Indikatoren
5.3 Erhebungsbogen Strukturindikatoren

1 Hintergrund

1.1 Entwicklung der außerklinischen Beatmung

In den letzten Jahren hat die außerklinische Beatmung in Deutschland eine rasante Entwicklung durchgemacht. Zwischen 2008 und 2019 hat sich die Zahl der Einleitungen und Kontrollen der außerklinischen Beatmung mehr als verdoppelt. Im Jahr 2019 fanden ca. 18 000 Neueinleitungen und ca. 50 000 stationäre Kontrollen statt [1, 2]. Eine außerklinische Beatmung kann entweder nicht-invasiv (NIV) über eine Maske oder invasiv über eine Trachealkanüle erfolgen [3]. Besonders die meist nur intermittierend benötigte NIV ermöglicht den betroffenen Personen eine weitgehend autonome Lebensführung [4].

Auch wenn die Gruppe der Personen mit außerklinischer Beatmung grundsätzlich sehr heterogen ist, zeigt sich seit dem Beginn der außerklinischen invasiven Beatmung in den 1980er Jahren eine klare Entwicklung [5]: Während früher fast ausschließlich Personen mit langsam fortschreitenden neuromuskulären Erkrankungen invasiv beatmet wurden, sind heutzutage vor allem Personen mit Entwöhnungsversagen nach einer Langzeitbeatmung und mit bestehenden pneumologischen Grunderkrankungen oder nach schweren neurologischen Schädigungen betroffen. Insgesamt werden immer mehr ältere, schwer kranke Personen mit komplexen Komorbiditäten außerklinisch beatmet [6]. Diese Entwicklungen stellen das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen und machen einen ethischen und gesellschaftlichen Diskurs über die letzte Lebensphase im höheren Alter notwendig [7].

1.2 Problemfelder der Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege

Personen mit einer außerklinischen Beatmung benötigen in der Regel medizinische Behandlungspflege mit permanenter Interventionsbereitschaft einer spezialisierten Pflegefachperson [3]. Als Reaktion auf die in den letzten Jahren rasant wachsenden Versorgungsbedarfe hat sich, so die Kritik, ein Markt mit außerklinischen Intensivpflegediensten und spezialisierten ambulant betreuten Wohngemeinschaften entwickelt, in dem teilweise auch finanzielle Fehlanreize das Handeln der Akteure beeinflussen [8].

Die Kritik an der Qualität der Versorgung von Menschen mit außerklinischer Beatmung beginnt bereits beim Prozess der Überleitung. In einer Studie aus dem Jahr 2018 wird der Überleitungsprozess als intransparent und risikoreich beschrieben [9]. Es wird beklagt, dass Leitlinienempfehlungen nur selten eingehalten und Personen, zum Teil mit falscher Indikation, direkt von der erstversorgenden Klinik in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden [8, 9].

Da die Personalkapazität in der außerklinischen Intensivpflege immer mehr an ihre Grenzen kommt, werden beatmete Personen zunehmend in ambulant betreuten Wohngemeinschaften und nicht mehr in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt. In dieser Versorgungsform ist es möglich, Synergien zu nutzt und mit einem geringeren Personalschlüssel eine kostengünstigere Versorgung anzubieten [10, 11]. Bemängelt wird allerdings, dass in diesen Versorgungen eine unzureichende Qualitätskontrolle stattfindet, da z. B. das Entwöhnungspotential nicht mehr überprüft wird [8].

Verschiedene Studien weisen auf das Potenzial von spezialisierten Beatmungszentren als wichtiges Bindeglieder zwischen Akutversorgung und außerklinischer Beatmung hin [12–15]. Nach Daten des WeanNet-Registers aus den Jahren 2011 bis 2015, konnten 64 % von 11 424 Personen erfolgreich von der invasiven Beatmung entwöhnt bzw. auf eine nicht-invasiven Beatmung umgestellt werden, wenn sie in einem spezialisierten Beatmungszentrum behandelt wurden [14]. Obwohl die Leitlinien zum prolongierten Weaning [16] und zur außerklinischen Beatmung [3] empfehlen, die Einstellung und Kontrolle der invasiven außerklinischen Beatmung in einem entsprechenden Beatmungszentrum durchzuführen, ist dies in Deutschland noch kein etablierter Versorgungsstandard. Bei einer Statuserhebung von Intensivpflegediensten waren nur 43 % der 812 beatmeten Personen an ein Beatmungszentrum angebunden [12].

Trotz der bestehenden Kritik an der Qualität der außerklinischen Intensivpflege gibt es einige Untersuchungen, die herausgearbeitet haben, wie eine qualitativ hochwertige und personenzentrierte Versorgung umgesetzt werden kann. Neben Kompetenzen in der Beatmungspflege sind für eine sichere, effektive und personenzentrierte Versorgung, vor allem psychosoziale Kompetenzen zentral, da diese die Basis für eine partnerschaftliche Beziehung zwischen dem Fachpersonal, den beatmeten Personen und ihren Familien bilden [15, 17, 18].

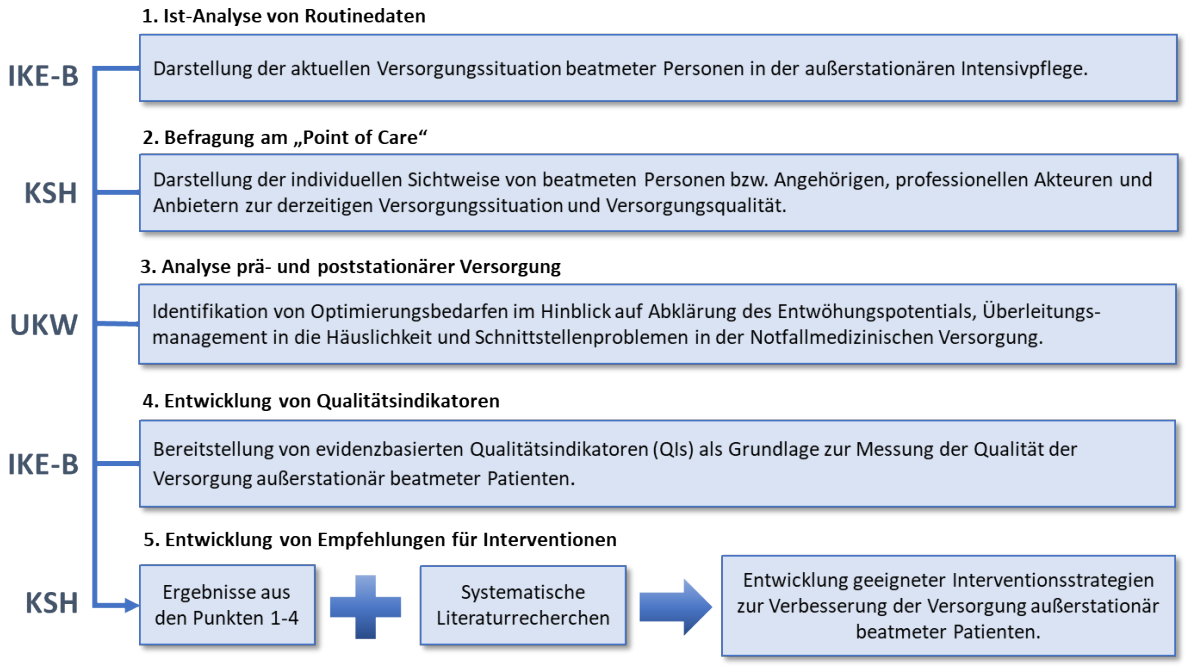
Mit dem Ziel die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege zu verbessern hat die Bundesregierung im Jahr 2020 das neue Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) verabschiedet. Zur Umsetzung des Gesetzes wurde vom Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die außerklinische Intensivpflege Richtlinie (AKI-RL) erarbeitet [19]. Entsprechend der AKI-RL muss in Zukunft vor der Entlassung in die außerklinische Versorgung das Entwöhnungs- und Dekanülierungspotential geprüft bzw. gefördert werden. Außerdem sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen und weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorgesehen [20, 21].

1.3 Optimierung der Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege

Das vom Innovationsfonds des G-BA geförderte Projekt „Optimierung der Versorgung beatmeter Patienten in der außerstationären Intensivpflege“ (OVER-BEAS, Förderkennzeichen 01VSF17008) setzt an der zuvor beschriebenen Versorgungsproblematik an. Das Projekt wurde von Wissenschaftlerinnen

und Wissenschaftlern der Katholischen Stiftungshochschule München (KSH), des Instituts für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Universität Würzburg (IKE-B) und der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin des Universitätsklinikums Würzburg (UKW) durchgeführt. Aus verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlichen Methoden wurde in dem Projekt die Versorgungssituation außerstationär beatmeter Menschen in Bayern beschrieben [22]. Die Projektbausteine sind in **Abbildung 1** dargestellt.

Abbildung 1 OVER-BEAS Projektbausteine



2 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Um die Qualität der Versorgung außerklinisch beatmeter Personen zu verbessern, muss die Versorgungsqualität zunächst definiert und damit messbar gemacht werden. Ein Baustein des OVER-BEAS Projektes beschäftigt sich deshalb mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren (QI). Der vorliegende Prüfleitfaden beinhaltet neben dem finalen QI-Satz auch Erhebungsbögen zur Messung der Patienten- und Strukturbezogenen Indikatoren.

2.1 Qualitätsindikatoren zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Im Gesundheitswesen werden QIs verwendet, um Qualität messen, darstellen, vergleichen und letztendlich verbessern zu können. Dabei sind QIs definiert als spezifische und messbare Kriterien, die zur Bewertung der Versorgung verwendet werden können. Die Entwicklung von qualitativ hochwertigen QIs setzt eine evidenzbasierte Methode voraus [23].

Nach Avedis Donabedian wird Qualität im Gesundheitswesen in die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt [24]. Die Begriffe werden im Folgenden am Beispiel der außerklinischen Intensivpflege erläutert:

(1) **Strukturqualität** bezieht sich auf die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung, beispielsweise die Versorgungsform (eigene Häuslichkeit mit ambulantem Intensivpflegedienst, ambulante Wohngemeinschaft oder stationäre Pflegeeinrichtung), der Personalschlüssel, die Qualifikation des Personals und Konzepte zu Hygiene-, Komplikations- oder Notfallmanagement.

(2) **Prozessqualität** bezieht sich auf die Umsetzung der außerklinischen Intensivpflege, also alle Handlungen und Interaktionen, die sich zwischen dem Pflegepersonal, anderen Gesundheitsfachpersonen und den beatmeten Personen abspielen, beispielsweise der Prozess der Überleitung in die außerklinische Intensivpflege, die Organisation der interprofessionellen Zusammenarbeit oder die Anleitung und Beratung von Angehörigen.

(3) **Ergebnisqualität** bezieht sich auf Veränderungen im Gesundheitszustandes der beatmeten Personen, beispielsweise die Anzahl stationärer Einweisungen oder die Komplikationsrate.

2.2 Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Die QIs für die außerklinische Intensivpflege beatmeter Personen wurden zur Darstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt. Ziel war es, eine standardisierte Erhebung von QIs zur Darstellung der Versorgungsqualität von außerklinisch beatmeten Personen durchzuführen, um mögliche Verbesserungspotenziale zu identifizieren.

Der Entwicklungsprozess lief standardisiert ab und involvierte ein multiprofessionelles Expertengremium (Vertreter aus Anbietern von Intensivpflegediensten, Beatmungszentren, Notfall- und Intensivmedizin, Patientenvertretung, Medizinischer Dienstes, Krankenkassen, Pflege- und Therapieberufe, Wissenschaft). Zur Rekrutierung der multiprofessionellen Stakeholder wurden die Ressourcen der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Versorgungsforschung (LAGeV) genutzt.

Im ersten Schritt wurde das multiprofessionelle Expertengremium (QI Board) etabliert. In einem strukturierten Prozess wurde zunächst definiert, welche Anforderungen ein QI erfüllen muss (z. B. bedeutsam, modifizierbar, messbar) und welche Versorgungsaspekte abgedeckt werden sollten. Dabei wurden mögliche Indikatoren zur Darstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert.

Die im QI Board vorgeschlagenen QIs (n = 40) wurden anschließend hinsichtlich ihrer Evidenz bewertet und strukturiert. Außerdem wurde beschrieben, wie die definierten QIs erhoben werden sollen (z.B. aus Routinedaten oder mittels validierter Assessments).

In einem nächsten Schritt wurden die QIs in einem strukturierten Konsensusverfahren gemäß den definierten Anforderungen und der publizierten Evidenz durch das multiprofessionelle Expertengremium bewertet. Aus diesem Prozess ging der finale QI-Satz bestehend aus 26 QIs hervor. Die QIs umfassen die Bereiche Struktur- (n = 15), Prozess- (n = 8) und Ergebnisqualität (n = 3).

Abschließend wurden die entwickelten QIs einer externen Begutachtung unterzogen, um zu prüfen, ob relevante Bereiche der Versorgung von beatmeten Personen in der außerklinischen Intensivpflege abgebildet werden oder Überarbeitungen erfolgen sollten.

2.3 Finaler Qualitätsindikatorensatz und Anwendung der Erhebungsinstrumente

Um die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege beatmeter Personen zu erfassen und evaluieren, wurden basierend auf dem finalen QI-Satz (26 QIs) zwei Erhebungsbögen entwickelt. Ein Erhebungsbogen erfasst die strukturbezogenen Indikatoren der Einrichtung bzw. des Intensivpflegedienstes, der andere die patientenbezogenen Indikatoren. Während der Erhebungsbogen für die Strukturindikatoren einmal pro Einrichtung auszufüllen ist, sollte der Erhebungsbogen für die patientenbezogenen Indikatoren für alle in der Einrichtung betreuten Patientinnen und Patienten einzeln ausgefüllt werden. Um das korrekte Ausfüllen der Erhebungsbögen sicherzustellen, sind diese mit Ausfüllhinweisen versehen.

Die Durchführbarkeit der entwickelten Erhebungsbögen wurde in einer prospektiven Pilotstudie überprüft. In den Intensivpflege-Wohngemeinschaften (n = 5) wurde die Anwendung der Erhebungsbögen als machbar erachtet und lieferte sowohl auf Ebene der Einrichtung als auch auf Ebene der Patientinnen und Patienten plausible Ergebnisse. Alle Intensivpflegedienste meldeten zurück, dass das Ausfüllen der Erhebungsbögen in ihrer täglichen Routine mit relativ geringem Zeitaufwand möglich war (ca. 15 Minuten Ausfüllzeit pro Person).

3 Fazit

Zur Qualitätssicherung sieht das GKV-IPReG vor, dass der Medizinische Dienst (MD) einmal im Jahr eine Vor-Ort-Begutachtung in allen Versorgungen durchführt und anschließend Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungssituation empfiehlt. In Zukunft sollen nur qualitätsgeprüfte Pflegeanbieter außerklinische Intensivpflege erbringen [21]. Mit dem vorliegenden Prüfleitfaden ist ein Produkt entstanden, dass zur Qualitätssicherung in der außerklinischen Intensivpflege eingesetzt werden und damit zur Optimierung der Versorgung beatmeter Personen beitragen kann.

Die im OVER-BEAS Projekt entwickelten QIs spiegeln den aktuellen Stand der Evidenz wider und ermöglichen es, die komplexe Versorgungsituation außerklinisch beatmeter Personen zu reflektieren.

Die Anwendung der QI-Erhebungsinstrumente in der Versorgungspraxis wurde als praktikabel bewertet und scheint die Versorgungsrealität der Betroffenen widerzuspiegeln. Mit der Entwicklung von standardisierten und evidenzbasierten QIs zur Bewertung der Versorgungsqualität beatmeter Personen in der außerklinischen Intensivpflege, wurde ein erster wichtiger Schritt zur Implementierung eines standardisierten Qualitätssicherungsprogramms in die Wege geleitet.

4 Literatur

[1] Schwarz SB, Wollsching-Strobel M, Majorski DS et al. Invasive und nicht-invasive außerklinische Beatmung in Deutschland. Pneumologie 2021; DOI: 10.1055/a-1509-7014

[2] Schwarz SB, Wollsching-Strobel M, Majorski DS et al. The development of inpatient initiation and follow-up of home mechanical ventilation in Germany. DTSCH AERZTEBL INT 2021; DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0193

[3] Windisch W, Dreher M, Geiseler J et al. S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017. Pneumologie 2017; 71: 722–795; DOI: 10.1055/s-0043-118040

[4] Cantero C, Adler D, Pasquina P et al. Long-Term Noninvasive Ventilation in the Geneva Lake Area: Indications, Prevalence, and Modalities. Chest 2020; 158: 279–291; DOI: 10.1016/j.chest.2020.02.064

[5] Windisch W. Chronische respiratorische Insuffizienz: Rolle der ausserklinischen Beatmung. Pneumologie 2010; 64: 600–603; DOI: 10.1055/s-0030-1255660

[6] Karagiannidis C, Strassmann S, Callegari J et al. Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. Deutsche Medizinische Wochenschrift - DMW 2019; 144: e58-e63; DOI: 10.1055/a-0758-4512

[7] Geiseler J, Westhoff M, Windisch W. Außerklinische Intensivversorgung: Qualifizierte Konzepte für Weaning und Beatmung. Deutsches Ärzteblatt Online 2022; DOI: 10.3238/PersPneumo.2022.04.29.02

[8] Köhler D. Explosive Zunahme der häuslichen Krankenpflege bei Beatmeten und Tracheotomierten. Dtsch Med Wochenschr 2019; 144: 282–285; DOI: 10.1055/a-0805-5284

[9] Lehmann Y, Ewers M. Wege invasiv beatmeter Patienten in die häusliche Beatmungspflege: Die Perspektive ambulanter Intensivpflegedienste. Gesundheitswesen 2018; 80: S44-S50; DOI: 10.1055/s-0042-116224

[10] Horvath L, Böhm D, Gleich S. Schwerpunktüberprüfung ambulanter Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivpflege im Stadtgebiet München – Ergebnisse und Rückschlüsse. Gesundheitswesen 2019; 81: 808–812; DOI: 10.1055/s-0043-125146

[11] Rosseau S. Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie (sogenannte ambulante Intensivpflege). Pneumologie 2017; 71: 204–206; DOI: 10.1055/s-0043-104028

[12] Dellweg D. Statuserhebung von Pflegediensten für außerklinische Beatmung. Survey of Nursing Services with Regard to Mechanical Ventilation at Home. Pneumologie 2011; 65: 685

[13] Skazel T, Kippnich M, Klingshirn H et al. Beatmungspatienten zwischen Akutversorgung und außerstationärer Langzeitbeatmung. Pneumologie 2021; 75: 560–566; DOI: 10.1055/a-1376-1578

[14] Windisch W, Dellweg D, Geiseler J et al. Prolonged Weaning from Mechanical Ventilation. DTSCH AERZTEBL INT 2020; 117: 197–204; DOI: 10.3238/arztebl.2020.0197

[15] Klingshirn H, Gerken L, Hofmann K et al. How to improve the quality of care for people on home mechanical ventilation from the perspective of healthcare professionals: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2021; 21: 774; DOI: 10.1186/s12913-021-06743-3

[16] Schönhofer B, Geiseler J, Braune S et al. Prolongiertes Weaning: S2k-Leitlinie; 2019

[17] Schaepe C, Ewers M. "I need complete trust in nurses" - home mechanical ventilated patients' perceptions of safety. SCAND J CARING SCI 2017; 31: 948–956; DOI: 10.1111/scs.12418

[18] Schaepe C, Ewers M. "I need complete trust in nurses" - home mechanical ventilated patients' perceptions of safety. SCAND J CARING SCI 2017; 31: 948–956; DOI: 10.1111/scs.12418

[19] Richter R. Das Warten hat ein Ende. Häusliche Pflege 2022: 20–23
[20] Schneider M. Eine Chance auf bessere Versorgung. Häusliche Pflege 2022: 24–25
[21] Wallesch C-W. Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz GKV-IPReG. REHABILITATION (STUTTG) 2020; 59: 200–204; DOI: 10.1055/a-1200-7263
[22] Gerken L, Klingshirn H, Reuschenbach B. Beatmete Menschen in der außerstationären Intensivpflege. Pflegezeitschrift 2020; 73: 59–63; DOI: 10.1007/s41906-020-0710-2
[23] Kötter T, Schaefer F, Blozik E et al. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren - Hintergrund, Methoden und Probleme. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2011; 105: 7–12; DOI: 10.1016/j.zefq.2010.11.002
[24] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q 2005; 83: 691–729; DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

5 Anhang

5.1 Qualitätsindikatorensatz für die außerklinische Intensivpflege

5.2 Erhebungsbogen Patientenbezogene Indikatoren

5.3 Erhebungsbogen Strukturindikatoren

Optimierung der Versorgung beatmeter Patienten in der außerstationären Intensivpflege OVER-BEAS

Qualitätsindikatorensatz

Inhalt

Qualitätsindikatoren ... 3

1. Struktur ... 3
S_01: Umfassendes Überleitmanagement in Weaningzentrum (aus Klinik)/ Kontakt zu Beatmungszentrum/ Ansprechpartner am Zentrum ... 3
S_02: Akut-Hospitalisierung von Patienten ... 4
S_03: Notfallmanagement und –konzepte bei beeinträchtigter Infrastruktur ... 5
S_04a: Früherkennung von Komplikationen ... 6
S_04b: Management von Komplikationen ... 7
S_05: Qualifikation der angestellten Pflegekräfte ... 8
S_06: Personalschlüssel der Pflegeeinrichtungen ... 10
S_07: Qualifikation und Zusatzqualifikation der Therapeuten ... 12
S_10: Teilnahme der Pflegeeinrichtung an externen Qualitätszirkeln ... 14
S_11: Interdisziplinäre Fallkonferenzen ... 15
S_12a: Hygieneplan/ Hygienekonzept ... 16
S_12b: Schulung Personal speziell Hygiene ... 17
S_14: Zugang zu apparativer Schluckdiagnostik ... 18
S_15: angebotene soziale Betreuung / von Patienten genutzte Betreuung ... 19
S_16: Erhebung QoL (Lebensqualität/Teilhabe/Aktivitätserhalt) ... 20

2. Prozess ... 21
P_01: Umfassendes Überleit- und Entlassmanagement in ambulanten Sektor ... 21
P_02: Anleitung der Angehörigen durch betreuendes Team ... 23
P_05: Mitspracherecht der Patienten bei Wahl der Pflegekraft und der Therapeuten ... 24
P_07: Gewährleistung der Versorgung des Patienten mit therapeutischen Maßnahmen und der kontinuierlichen Therapieabfolge ... 25
P_11: Festlegung zur Mobilisierung des Patienten ... 26
P_14: Erneute Vorstellung im zuständigen Beatmungszentrum ... 27
P_15: Ermittlung, ob Patient von Externen begutachtet wurde ... 28
P_16: Interprofessionelle Zusammenarbeit ... 30

3. Outcome ... 31
O_05: Anzahl erneute stationäre Einweisungen ... 31
O_06: Komplikationsrate ... 32
O_08: Fälle, in denen den pflegerischen Umfang reduziert werden konnte ... 34

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde nur die männliche Form verwendet.

Qualitätsindikatoren

1. Struktur

Name des Qualitätsindikators
S_01: Umfassendes Überleitmanagement in Weaningzentrum (aus Klinik)/ Kontakt zu Beatmungszentrum/ Ansprechpartner am Zentrum

Domäne des Qualitätsindikators
Medizinische Versorgung –Struktur

Qualitätsziel
Komplikationsreduktion bei Überleitung

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Um Problemen bei der Überleitung von Patienten aus einer Intensivstation in ein Weaningzentrum vorzubeugen, sollte ein strukturiertes Überleitungsmanagement vordefiniert sein

Checkliste für die strukturierte Überleitung aus der Klinik in ein Weaningzentrum:

i. zertifiziertes Weaningzentrum (Wea-net Zertifizierung/ Rezertifizierung)
ii. Definierter Anmeldeprozess
iii. Übermittlung Dokumente und Befunde aus der verlegenden Intensivstation
iv. Überleitprotokoll vorhanden
v. Entlassbrief
vi. regelmäßiger Kontakt zu Weaningzentrum

Literatur

- S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz, Punkt 6.4
- Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern (KNAIB). Verfahrensablauf zum Überleitmanagement Intensivpflege. Stand 18.06.2009

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten, bei denen eine strukturierte Überleitung aus der Klinik ins Weaningzentrum durchgeführt wurde (Überleitprotokoll vorhanden ja/nein; welche Punkte der Checkliste treffen zu?).

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
ab 18 Jahre

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Martha Schutzmeier, Dr. Maximilian Kippnich

Name des Qualitätsindikators
S_02: Akut-Hospitalisierung von Patienten

Domäne des Qualitätsindikators
Medizinische Versorgung - Struktur

Qualitätsziel
Erfassung der notwendigen Strukturen zur Überleitung des Patienten aus der ambulanten Beatmungseinrichtung ins Krankenhaus

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

1. Patientenakte und Beatmungsordner unmittelbar verfügbar/einsehbar?
2. Überleitungsbogen vorbereitet?
3. Aufklärung über Betreuung und Behandlungsmöglichkeiten und Berücksichtigung des Patientenwillens stattgefunden?
4. Patientenverfügung/Patientenwillenserklärung verfügbar/einsehbar?
5. Adapter für die DIN-Halterung für Beatmungsgerät vorhanden? (zum Transport im Rettungstransportwagen)
6. Abkömmlichkeit einer Begleitperson (mit Kenntnis des Patienten und Einweisung ins Beatmungsgerät) zur Begleitung des Patienten ins Krankenhaus?

Literatur

- S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz, Punkt 6.11

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten, bei denen aufgrund eine akute Erkrankung/ Verschlechterung des Gesundheitszustandes eine strukturierte Überleitung aus dem ambulanten Bereich in die Klinik/ ins Krankenhaus durchgeführt wurde.

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
ab 18 Jahre

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Prof. Dr. Wurmb, Dr. Maximilian Kippnich

Name des Qualitätsindikators
S_03: Notfallmanagement und –konzepte bei beeinträchtigter Infrastruktur

Domäne des Qualitätsindikators
Medizinische Versorgung – Struktur

Qualitätsziel
Überprüfung der Kontaktierbarkeit und Verfügbarkeit von Angehörigen, Allgemeinmedizinern, Pneumologen, Weaningklinik und Geräteprovidern in Notfällen. Überprüfung von Notfallkonzepten bei beeinträchtigter Infrastruktur.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

- Notfallkonzept ist unabdingbar → Jeder tracheotomierte Patient ist ein Hochrisikopatient
- Beatmungspatient hat immer Luftnot
- Belastung (z.B. durch Therapie oder Mobilisierung) fordert immer Sauerstoff
- Interventionen bei Sauerstoffabfall müssen bekannt sein
- Notfallset:
    a. Allgemeine Notfallausstattung
    b. Absaugeinheit
    c. Notfallausstattung zum Atemwegsmanagement und zur Beatmung (z.B. Beatmungsbeutel, Trachelkanülen in verschiedenen Größen, etc.)
- Kontaktdaten vorhanden und turnusmäßig überprüft von
    a. Angehörigen / Betreuern / gesetzlichen Vertretern
    b. Betreuender Allgemeinmediziner
    c. Betreuender Pneumologe
    d. Entsendenden Weaningklinik
    e. Geräteprovider
- Notfallplan vorhanden und evaluiert für folgende Situationen
    a. Brand
    b. Evakuierung (z.B. bei Hochwasser)
    c. Stromausfall
    d. Personalausfall
- Notfallschulung mindestens 1 Mal jährlich durchgeführt

Literatur

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Stromausfall, Vorsorge und Selbsthilfe
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe - Kritische Infrastrukturen, Nationale Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen (KRITIS-Strategie), Schutzkonzepte Kritischer Infrastrukturen im Bevölkerungsschutz
- Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit: Ergebnisse der AG „Notfallmanagement in der außerklinischen Intensivpflege“

Zähler

eingeschlossene Patienten
befragte Pflegeeinrichtungen, bei denen die Vorhaltung der o.g. Strukturen erfolgte (Checklisten mit den o.g. Strukturen)

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
Alle befragten Pflegeeinrichtungen

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
Ab 18 Jahren

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Prof. Dr. Wurmb, Dr. Maximilian Kippnich

Name des Qualitätsindikators
S_04a: Früherkennung von Komplikationen

Domäne des Qualitätsindikators
Medizinische Versorgung – Struktur

Qualitätsziel
Komplikationsreduktion im Falle eines Notfalles für Angehörige/ Patienten/ Pflegedienst/ anderer Behandler

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Standardisierte Erkennungshilfsmittel vorhanden (z.B. Dokumentation Stuhlgang, Wunddokumentation, Temperaturmessung, Vitalzeichen (Puls, RR, SPO2, Pupillen), O2-Sättigung, Schmerz, Angst, Hyperventilation, Auffälligkeiten)

Literatur

- S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz, Punkt 6.5, 6.6, 6.7, 6.10, 6.11
- Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern (KNAIB). Notfallmanagement in der außerklinischen Intensivpflege. Online verfügbar unter: https://knaib.de/wp-content/uploads/Notfallmanagement.pdf (Letzter Aufruf: 03.07.2019)

Zähler

eingeschlossene Patienten
befragte Pflegeeinrichtungen, bei denen regelmäßig ein Risikoassessment zu Komplikationen durchgeführt wird (Checkliste, ob o.g. Items dokumentiert wurden)

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
Alle befragten Pflegeeinrichtungen

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Prof. Dr. Wurmb, Dr. Maximilian Kippnich

Name des Qualitätsindikators
S_04b: Management von Komplikationen

Domäne des Qualitätsindikators
Medizinische Versorgung – Struktur

Qualitätsziel
Komplikationsreduktion im Falle eines Notfalles für Angehörige/ Patienten/ Pflegedienst

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

- SOP zum Umgang mit Komplikationen (z.B. Dislokation/Verlegung der Trachealkanüle, Sättigungsabfälle, etc.)

Bei dieser Patientengruppe können zu jeder Zeit potentiell lebensbedrohliche Situationen auftreten, deswegen ist die Festlegung von standardisierten Vorgehensweisen wesentlich sowohl für die Patienten- als auch für die Personalsicherheit.

Literatur

- S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz, Punkt 6.5, 6.6, 6.7, 6.10, 6.11
- Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern (KNAIB). Notfallmanagement in der außerklinischen Intensivpflege. Online verfügbar unter: https://knaib.de/wp-content/uploads/Notfallmanagement.pdf (Letzter Aufruf: 03.07.2019)

Zähler

eingeschlossene Patienten
befragte Pflegeeinrichtungen, bei denen eine SOP zum Umgang mit Komplikationen vorhanden ist

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
Alle befragten Pflegeeinrichtungen

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Prof. Dr. Wurmb, Dr. Maximilian Kippnich

Name des Qualitätsindikators
S_05: Qualifikation der angestellten Pflegekräfte (Grundausbildung und Zusatzqualifikationen)

Domäne des Qualitätsindikators
Struktur - Pflegerisch

Qualitätsziel
Gewährleistung hoher Versorgungsqualität
Erfassen, wie gut das Pflegepersonal ausgebildet ist und ob notwendige Fortbildungen zur Behandlung beatmeter Patienten vorliegen.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
- Qualifikation der Pflegekräfte sehr heterogen (sowohl Krankenpflegekräfte als auch Altenpflegekräfte, zum Teil mit Fortbildung zur Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung)
- Zunehmend Pflegekräfte aus dem Ausland, die deutsche Anerkennung ihrer Ausbildung erst erwerben müssen

Grundausbildung:
In Pflegeeinrichtungen sollen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger angestellt sein. Die S2k-Leitlinie berichtet über positive Erfahrung mit Altenpfleger in der Betreuung von beatmeten Patienten.

Zusatzqualifikationen/Fortbildungen:
In der S2k-Leitlinie wird empfohlen, dass Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen über Zusatzqualifikationen verfügen, wenn sie beatmete Patienten betreuen. Folgende Inhalte sollen in den Zusatzqualifikationen theoretisch und praktisch vermittelt werden:
- Erkrankungen mit ventilatorischer Insuffizienz
- Gasaustausch, Differenzierung zwischen hyperkapnischer und hypoxischer respiratorischer Insuffizienz, deren Entstehung und Therapie
- Verschiedene Beatmungsformen einschließlich Geräteparametern und Alarmfunktionen der eingesetzten Ventilatoren
- Invasive und nichtinvasive Beatmungszugänge, Funktionskontrolle, Wartung, Pflege und Reinigung von Kanülen und Masken
- Kanülenmanagement, Handhabung von Kanülenaufsätzen, Trachealkanülenwechsel
- Tracheostomamanagement
- Befeuchtersysteme, deren Bedienung, Effektivität und Handhabung
- Sauerstoffapplikation insbesondere in Kombination mit einer Beatmung, potentielle Gefahren im Umgang mit Sauerstoff, Risiko der Reduktion des Atemantriebs unter Spontanatmung
- Indikation und Durchführung der einzusetzenden Monitorsysteme sowie Interpretation der Ergebnisse
- Sekretmanagement, insbesondere in Bezug auf die Besonderheiten der einzelnen Grunderkrankungen
- Kriterien zur Überwachung von ärztlich angeordneten Spontanatmungsphasen
- Erkennen von Notfallsituationen und Durchführen von Notfallmaßnahmen bei beatmeten Patienten
- Verfahren der künstlichen Ernährung inkl. Applikationssystemen und Risiken
- Erkennen von Schluckstörungen und Aspirationen
- Rechtlich relevante Bestimmungen (Patientenverfügung, Medizinproduktegesetz)
- Spezielle Anforderungen der psychosozialen Begleitung langzeitbeatmeter Patienten
- Hygiene in der außerklinischen Beatmung

Alle Pflegefachkräfte des Pflegedienstes, die eigenverantwortlich mit beatmeten Patienten arbeiten (fachpflegerische Versorgung), sollen zusätzlich zum Abschluss eines staatlich anerkannten Pflegefachberufes (examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger) eine der folgenden Qualifikationen aufweisen:
- Atmungstherapeut
- Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie- und Intensivpflege
- Pflegefachkraft mit mindestens 1 Jahr spezifischer Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Weaningeinheit, spezialisierte Beatmungseinheit oder außerklinische Beatmung) in den letzten 5 Jahren
- Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation in der Form einer vollständigen Teilnahme an einem

zertifizierten Basiskurs zur „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ (strukturierte, berufsbegleitende Fortbildung mit **mindestens** 120 Stunden).

Solche Kurse müssen durch eine Zertifizierung von Fachgesellschaften qualitätsgesichert sein und mindestens den inhaltlichen Anforderungen der DIGAB e.V. entsprechen (vgl. https://digab.de/digab-kurse/).

Literatur

- S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz, Punkt 7.

Zähler

eingeschlossene Patienten

Abfrage:

Anzahl angestellter Pflegekräfte einer Pflegeeinrichtung, die beatmete Patienten zu Hause pflegen, mit mindestens einer der folgenden Qualifikationen:

- Atmungstherapeut
- Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie- und Intensivpflege
- Pflegefachkraft mit mindestens 1 Jahr spezifischer Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Weaningeinheit, spezialisierte Beatmungseinheit oder außerklinische Beatmung) in den letzten 5 Jahren
- Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation in der Form einer vollständigen Teilnahme an einem zertifizierten Basiskurs zur „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ (strukturierte, berufsbegleitende Fortbildung mit mindestens 120 Stunden).

bzw. für Pflegekräfte mit einem ausländischen Abschluss:

- Anzahl der angestellten Pflegekräfte mit einem in Deutschland anerkannten Abschluss und einer der oben genannten Qualifikationen.

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten

Alle angestellten Pflegekräfte einer Pflegeeinrichtung, die beatmete Patienten zu Hause pflegen

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Häufigkeiten

Verantwortliche für Qualitätsindikator

Martha Schutzmeier. Durchsicht und Bemerkungen: Patricia Kerry

Bemerkung zum Qualitätsindikator

Interessant ist die Befragung der Pflegekräfte zu ihren Qualifikationen und Weiterbildungen.
Sie führen ansonsten im oberen Bereich die vom MDK geforderten Aus- und Weiterbildungen auf, wie sie auch in der Leitlinie aufgeführt sind. Diese Anforderungen werden nicht immer von allen Krankenkassen bei Ergänzungsvereinbarungen für die außerklinische Intensivpflege gestellt, stellen aber das Minimum dar.

Name des Qualitätsindikators
S_06: Personalschlüssel der Pflegeeinrichtungen (außerklinische Intensivpflege - Wohngemeinschaften)

Domäne des Qualitätsindikators
Struktur-pflegerisch

Qualitätsziel
Sicherstellung des fachgerechten Arbeitens durch adäquate Personalausstattung
Erfassung der Anzahl des Personals sowie der Patienten des außerklinischen Versorgers

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Eine hinreichende Personalausstattung ist eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität der Pflegeeinrichtungen, v.a. in Bezug auf beatmete Patienten, die eine intensivere Betreuung benötigen. Allerdings gibt es derzeit keine wissenschaftlich begründete und gesellschaftlich konsentierte Vorgabe für Pflegeeinrichtungen.

Die Anzahl Pflegekräfte bezogen auf betreute Personen (Nurse-to-Patient Ratio) gibt an wie viele Pflegefachkräfte für eine bestimmte Zahl an Patienten (pro Schicht?) vorzuhalten sind. Diese Verhältniszahlen zeigen sich als ein effektives Instrument der Qualitätssicherung in Krankenhäuser, indem sie eine Untergrenze für die Besetzung der Krankenhäuser mit qualifiziertem Pflegepersonal vorgeben und können möglicherweise auch als Qualitätsindikatoren in Pflegeeinrichtungen verwendet werden.

Durch die Konzertierte Aktion Pflege gelten seit 2017 grundlegende Veränderungen und Verbesserungen im Pflegesystem für Pflegebedürftige, Angehörige sowie Pflegekräfte. Im Februar 2019 erschien der Abschlussbericht über die Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz. Dadurch wurde ersichtlich, dass eine Verbesserung des Personalschlüssels in der stationären Pflege stattfand. Im Juli 2016 waren bundesweit im Durchschnitt 37,42 Pfleger pro 100 Bewohner angestellt, während im Mai 2018 schon fast 40 Pfleger pro 100 Bewohner durchschnittlich angestellt waren. Bis 2020 sollte ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt werden.

Literatur

- Heinz Rothgang: Einheitliche Bemessung. Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen, in: ersatzkasse magazin, 98 (3/4), S. 27 - 29, 24.04.2018. Online verfügbar unter: https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2018-0304/personalbemessung.html (Letzter Zugriff: 25.04.2019)
- Michael Simon, Sandra Mehmecke: Nurse-to-Patient Ratios: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 27, Februar 2017.
- Heinz Rothgang, Christian Wagner: Abschlussbericht: Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz. Februar 2019. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Quantifizierung_der_Personalverbesserungen.pdf (Letzter Zugriff: 30.04.2019)

Zähler

eingeschlossene Patienten
Angestellte Pflegekräfte einer Einrichtung

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
Bewohner einer Einrichtung

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung
Je nach Einrichtung gibt es einen anderen Personalschlüssel. Die Ergebnisse sind nicht zwischen unterschiedlichen Einrichtungsarten zu vergleichen.

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Anzahl Pflegekräfte bezogen auf intensiv betreute Personen

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Martha Schutzmeier. Durchsicht und Bemerkungen: Patricia Kerry

Bemerkung zum Qualitätsindikator
Im anglo-amerikanischen Raum gibt es viele Studien zu nurse-patient-ratio, allerdings beziehen sich diese immer auf Kliniken.
In der außerklinischen Intensivpflege Deutschland gibt es im Prinzip 3 verschiedene Settings:

1. Eigene Häuslichkeit: hier immer 1:1 Versorgung
2. Wohngemeinschaften: hier verschieden Formen, es gibt keine Vorgabe, teilweise werden auch angelernte Hilfskräfte für die körperbezogenen Maßnahmen eingesetzt, die dann keine intensivpflegerischen Tätigkeiten durchführen. Aus Erfahrung kann ich nur sagen, dass wir hier ganz unterschiedliche Betreuungsschlüssel vorfinden: von 1:2 bis zu 1:4 (Pflegefachkraft:Patient). Es stellt sich immer die Frage, was ist im Notfall, wenn nachts eine Pflegefachkraft 2 oder mehreren Patienten versorgen muss. Eine Rufbereitschaft einer anderen Pflegefachkraft, die nicht vor Ort ist, reicht meines Erachtens nicht aus.
3. Versorgung in der stationären Pflege: in der Regel Altenpflegeeinrichtung mit einer sog. Wachkomastation (Phase F). Die Stationen sind als eigenständiger Wohnbereich geführt und haben meistens eine niedrigere Bettenzahl als die Wohnbereiche in der Altenpflege. Auch hier müssen Qualifikation, nurse-patient-ratio und Kontinuität beachtet werden. Es finden sich hier wieder andere Stellenschlüssel, die Besetzung ist besser als in der stationären Altenpflege, da hier die Anforderungen der Phase F-Versorgung gelten, die aber die Beatmungssituation nicht berücksichtigt.

Als Qualitätsindikator ist das nurse-patient-ratio gut geeignet: zählbar, aber ein Vergleich ist nur im gleichen Setting möglich.

Name des Qualitätsindikators
S_07: Qualifikation und Zusatzqualifikation der Therapeuten

Domäne des Qualitätsindikators
Struktur – Therapeutisch-rehabilitative Versorgung

Qualitätsziel
Dem Standard entsprechende Versorgung. Durchführung der Therapie ausschließlich durch Therapeuten, die über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung in Deutschland verfügen.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Es wird auch Personal eingesetzt, dass nicht nach deutschem Standard qualifiziert ist. Dadurch entstehen folgende Probleme:

- Kommunikation
- Nicht Standard gerechte Ausführung/Durchführung der Therapien
- Unterschiedliche Ansätze in den Therapien-/Ausbildungskonzepten

Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie dürfen nur über die gesetzlichen Krankenversorgung abgerechnet werden, wenn Sie von einem Therapeuten mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erbracht werden (124 SGB V, Abs. 2 Zulassung). Auf Grund des Fachkräftemangels und der problematischen Erlössituation greifen immer mehr Anbieter solcher Leistungen auf nicht nach deutschen Ausbildungsstandards qualifiziertes Personal zurück.

Sowohl im europäischen, als auch im außereuropäischen Ausland ist die Ausbildung der Therapeutenberufe sehr unterschiedlich geregelt was Umfang, Inhalt und Praxis angeht. Daher müssen ausländische Fachkräfte in Deutschland einen Gleichstellungsantrag ihrer Ausbildung bei einer staatlichen Stelle stellen um hier als Physio-, Ergotherapeuten oder Logopäden arbeiten zu dürfen. Zusätzlich wird als Mindestvoraussetzung für die Sprachkompetenz eine Sprachprüfung für Deutsch Level B2 verlangt, was oft nicht ausreichend ist. (Rahmenvertrag MBK, Allgemeine Rahmenbedingungen).

Es werden zurzeit Personen, vor allem in der physiotherapeutischen Versorgung, eingesetzt, die nicht über die entsprechende Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung verfügen. Bei diesen Personen ist nicht sichergestellt, ob sie das gleiche Basiswissen und vor allem über die gleiche praktische klinische Erfahrung verfügen, wie in Deutschland ausgebildete Fachkräfte und zwar unabhängig davon, ob sie einen Bachelor Studiengang Physiotherapie absolviert haben oder nicht. Die Ausbildung /Studium zum Physiotherapeuten beinhaltet in vielen Ländern komplett andere Inhalte, besonders was die praktische Ausbildung angeht. (siehe Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG vom 26. Mai 1994). Im Gegenteil berichten Ergotherapeuten über positive Erfahrungen mit Therapeuten, die ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen haben.
Aufgrund nicht nur der gesetzlichen Regelung, sondern auch der inhaltlichen und praktischen Unterschiede müssen die in einer Pflegeeinrichtung angestellten Therapeuten ihre Berufsausbildung anerkennen lassen. Pflegeeinrichtungen dürfen nur Therapeuten anstellen, wenn sie über eine in Deutschland anerkannte Berufsausbildung verfügen.

In der Berufsausbildung zum Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden wird in Deutschland bisher nicht verpflichtend das Fach Intensivmedizin unterrichtet. Daher kann man nicht davon ausgehen, dass der Therapeut automatisch den Umgang mit schwerstkranken beatmungspflichten Patienten beherrscht oder zumindest schon Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt hat. Daher sollten alle Therapeuten, die eigenverantwortlich mit beatmeten oder Intensivpatienten im Heimbereich arbeiten, folgende Zusatzqualifikationen nachweisen:

- Physiotherapeuten: Kurs für Physiotherapie in der Intensivmedizin (mind.. 80 UE plus Praktikum auf einer Intensivstation mit beatmeten Patienten von insgesamt 4 Wochen.); oder mind. 2 jährige klinische Erfahrung (Vollzeit) in der Behandlung von beatmeten Intensivpatienten; oder mind. 2 jährige klinische Erfahrung (Vollzeit) auf einer Weaning Station.
- Ergotherapie und Logopädie berichten über Mangel an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Es wird aber ausdrücklich empfohlen, dass Ergotherapeuten und Logopäden, die außerklinisch beatmungspflichtige Patienten behandeln, mind. 2 Jahre Erfahrung in dem Bereich Intensivmedizin nachweisen.

Literatur

- § 124 SGB V Zulassung, Abs. 1 und 2
- Rahmenvertrag über die Durchführung von Behandlungen in Massageeinrichtungen, medizinischen Badebetrieben und krankengymnastischen Einrichtungen (RV-MBK) § 11 1-2 vom 05.10.2017
- Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG vom 26. Mai 1994

Zähler

eingeschlossene Patienten

Anzahl angestellter Therapeuten (einzelne Abfrage pro Berufsgruppe) einer Pflegeeinrichtung, die beatmete Patienten zu Hause behandeln, mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und einem in Deutschland anerkannten Abschluss, sowie eine nachgewiesene Zusatzqualifikation bzw. Erfahrung in dem Bereich Intensivmedizin

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten

Alle angestellten Therapeuten einer Pflegeeinrichtung, die beatmete Patienten zu Hause behandeln

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator

Fr. Geier und Fr. von Schweinitz (Physiotherapie)

Name des Qualitätsindikators
S_10: Teilnahme der Pflegeeinrichtung an externen Qualitätszirkeln

Domäne des Qualitätsindikators
Struktur - Pflegerisch

Qualitätsziel
Gewährleistung hoher Versorgungsqualität durch regelmäßige Weiterbildung
Erfassung ob Pflegeinrichtung sich in externen Gremien einbringt und einen Austausch mit anderen Einrichtungen pflegt und sich somit über aktuelle Veränderungen und Anforderungen informiert und eine Verbesserung der Qualität in der eigenen Einrichtung anstrebt

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Die Sicherung und Verbesserung der Qualität der pflegerischen und medizinischen Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau.
Qualitätssicherung hat zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und des Arbeitsergebnisses zu bewahren und zu erhöhen. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn Probleme identifiziert, analysiert und praktikable Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden.
Qualitätszirkel sind eine anerkannte, auf Eigeninitiative aufgebaute Methode zur Qualitätssicherung. Sie sind ein auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierendes Verfahren zur Sicherung, Verbesserung der Qualität von Prozessen und Ergebnissen und Evaluation im Sinne eines selbst lernenden Systems.

Literatur

- https://www.kvhb.de/qualitaetszirkel

Zähler

eingeschlossene Patienten
befragte Pflegeeinrichtungen /-dienste, die regelmäßig an externen Qualitätszirkeln teilnehmen

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
alle befragten Pflegeeinrichtungen /-dienste

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
G. Todorovic

Name des Qualitätsindikators
S_11: Interdisziplinäre Fallkonferenzen

Domäne des Qualitätsindikators
Struktur – Medizinische Versorgung

Qualitätsziel
Erfassung der regelmäßigen, schriftlich protokollierten Durchführung einer multidisziplinären (mindestens: **Pneumologe, Hausarzt und Atemtherapeut)** Fall-Konferenz;

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

i. Hausarzt involviert (Kontakt vorhanden) (Besuche alle 4 Wochen)
ii. „Beatmungsmediziner" (noch zu definieren) alle 3 Monate
iii. Fallkonferenzen zwischen des behandelnden Arztes und des Pflegers
iv. Sicherung des interdisziplinären Austauschs über bezogene Morbidität und Mortalität.
v. Voraussetzung für Fehlererkennung und –vermeidung
vi. Angehörigen sollen miteinbezogen werden

Eine eng verzahnte interdisziplinäre Versorgung ist wesentlich für die Versorgung der prolongiert beatmeten Patienten. Ein multidisziplinärer Ansatz sowohl die ausreichende Beachtung der multifaktoriellen Ursachen einer prolongierten Beatmung könnten Komplikationen verhindern.
Die Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz" empfiehlt, dass Ärzte (Allgemeinmediziner und/oder andere Fachärzte), ein außerklinisches Pflegeteam (fachpflegerisch / assistiv), Geräteprovider zur Ausstattung mit den verordneten Hilfsmitteln und deren technischer Kontrolle, ein außerklinisches therapeutisches Team (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialpädagogen, Pädagogen, Psychologen) und Kostenträger an der außerklinischen Versorgung eines außerklinisch beatmeten Patienten beteiligt sein sollen.
Das Team, das einen außerklinisch beatmeten Patienten betreut, sollte eng mit dem Patienten bzw. seinem gesetzlichen Betreuer und den Bezugspersonen bzw. Angehörigen kooperieren und sich regelmäßig austauschen.

Literatur

- S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz

Zähler

eingeschlossene Patienten
befragte Pflegeeinrichtungen, in denen regelmäßig eine Fallkonferenz mit allen beteiligten Berufsgruppen durchgeführt wird
Checkliste der Akteure/Beteiligten, die an der Fallkonferenz teilgenommen haben

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
alle befragten Pflegeeinrichtungen

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
Ab 18 Jahren

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Martha Schutzmeier, Dr. Maximilian Kippnich

Name des Qualitätsindikators
S_12a: Hygieneplan/ Hygienekonzept

Domäne des Qualitätsindikators
Medizinische Versorgung – Struktur

Qualitätsziel
Infektionsprävention

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Einrichtungen nach § 1 Abs. 1 des Heimgesetzes verpflichtet sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Außerdem sind diese Einrichtungen auch verpflichtet sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind.
Ein Hygieneplan im Krankenhaus dient der Infektionsprävention, dem Schutz der Patienten und Mitarbeiter vor Infektionen. Außerdem soll er die Behandlungsqualität einer Einrichtung sichern.

i. § 23 IfSG Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder
ii. TRBA 250 – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege
iii. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Infektionsprävention in Heimen; Bundesgesundheitsblatt 2005; 48:1061-1080.

Literatur

- § 23 IfSG Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder (https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/ifsg/23.html)
- TRBA 250 – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRBA/TRBA-250.html).
- Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Infektionsprävention in Heimen; Bundesgesundheitsblatt 2005; 48:1061-1080.
- Sabine Gleich, et. al. Hygienemanagement in der außerklinischen Intensivpflege. – Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität. Hyg Med 2009; 34 [11]: 443-453 ().
- Sandra Stube-Lahmann, et. al. Patientensicherheit – Einsatz von Richtlinien zum Umgang mit multiresistenten Erregern in der ambulanten Pflege. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2018; 135–136: 27-33
- AlexandraC. Adler, et. al. Präventionsstrategien zur Vermeidung der Übertragung multiresistenter Erreger und praktische Umsetzung in der ambulanten Pflege. Gesundheitswesen 2012;74:653-660

Zähler
befragte Einrichtungen/Pflegedienste in denen ein Hygieneplan/ SOP vorhanden ist

Nenner
Alle befragten Einrichtungen/Pflegedienste

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Rate

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Dr. Anne Zeckey

Bemerkung zum Qualitätsindikator
Hier sollte nach dem Vorhandensein des Hygieneplans und dem Vorhandensein einzelner SOPs (z.B. für den Umgang mit MRE oder das Absaugen) gefragt werden.

Name des Qualitätsindikators
S_12b: Schulung Personal speziell Hygiene

Domäne des Qualitätsindikators
Medizinische Versorgung – Struktur

Qualitätsziel
Erfassung der medizinischen Betreuung, Infektionsprävention

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Eine wesentliche Voraussetzung für eine adäquate Infektionsprävention ist grundsätzlich das Vorliegen der erforderlichen Sachkenntnis. Dies betrifft alle relevanten Bereiche und erfordert je nach Größe und Pflegeanteil auch fest angestelltes Fachpersonal (Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Infektionsprävention in Heimen; Bundesgesundheitsblatt 2005; 48:1061-1080.).

Hygieneschulungen müssen jährlich stattfinden und externe Mitarbeiter müssen ebenfalls teilnehmen.

Um die gesetzlichen Anforderungen zur Hygiene und Infektionsprophylaxe sachgerecht und umfassend implementieren zu können, ist es notwendig, nicht nur die Mitarbeiter für Hygieneschutz und Infektionsprävention zu sensibilisieren, zu beraten, fortlaufend zu unterweisen und zu schulen, sondern auch einen Ansprechpartner (Pflegefachkraft) zum Hygienebeauftragten zu ernennen und auf dem Gebiet der Infektionsprävention weiterzubilden. Zur Orientierung über Inhalte einer solchen Fortbildung kann die entsprechende Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) dienen. Die Aufgaben des Hygienebeauftragten sollen zweckdienlich in einer Stellenbeschreibung festgelegt werden (QM/Heimgesetz).

Literatur

- Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI. Infektionsprävention in Heimen; Bundesgesundheitsblatt 2005; 48:1061-1080.
- Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen; Bundesgesundheitsblatt 2009; 52:951–962.
- Sandra Stube-Lahmann, et. al. Patientensicherheit – Einsatz von Richtlinien zum Umgang mit multiresistenten Erregern in der ambulanten Pflege Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2018;135–136: 27-33
- Alexandra C. Adler, et. al. Präventionsstrategien zur Vermeidung der Übertragung multiresistenter Erreger und praktische Umsetzung in der ambulanten Pflege. Gesundheitswesen 2012; 74:653-660

Zähler

eingeschlossene Patienten
befragte Pflegeeinrichtungen:
- in denen jährlich eine Schulung bzgl. Hygiene mit internem und externem Personal durchgeführt wird;
- in denen eine Pflegefachkraft als Hygienebeauftragter angestellt ist

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
alle befragten Pflegeeinrichtungen

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Kategorien

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Dr. Anne Zeckey

Bemerkung zum Qualitätsindikator
Welche Qualifikation im Bereich Hygiene ist vorhanden? Gibt es einen Hygienebeauftragten in der Pflege? Finden Fortbildungen im Bereich Hygiene statt? Wenn ja wie häufig? Eventuell Datum der letzten Fortbildung.

Name des Qualitätsindikators
S_14: Zugang zu apparativer Schluckdiagnostik

Domäne des Qualitätsindikators
Struktur - Therapeutisch-rehabilitative Versorgung

Qualitätsziel
Angemessene Befunderhebung und darauf abgestimmte Therapie Maßnahmen

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

- Langzeitbeatmete leiden sehr häufig an einer Dysphagie (je nach Studie 50-80%)
- Das Vorhandensein bzw. der Schweregrad einer vorliegenden Dysphagie hat ggf. Auswirkungen auf den Weaning-Prozess.
- Bisher HNO Arzt oder Klinik für Zugang zu Endoskop notwendig
- Die Durchführung der Diagnostik ist unabdingbar für eine angemessene Therapie

Literatur

- Heidler, Maria-Dorothea / Bidu, Laura: Therapie bei beatmeten Patienten. In: Forum Logopädie Heft 1 (29) Januar 2015, Seiten 18-23.
- Heidler, Maia-Dorothea / Bidu, Laura: Dysphagie bei außerklinischen Intensivpatienten, unter: https://www.kai-kongress.de/wp-content/uploads/heidler-dysphagie.pdf (abgerufen am 14.05.2019)
- Bidu, Laura: Logopädie bei beatmeten Patienten mit Trachealkanüle, unter:
- http://www.shv-forum-gehirn.de/shvfg/wp-content/uploads/downloads/2015/06/Vortrag-Laura-Bidu-Sprachtherapie-bei-beatmeten-Patienten-mit-TK.pdf (abgerufen am 14.05.2019)
- Bartolome, Gudrun / Schröter-Morasch, Heidrun (Hrsg.) (2018): Schluckstörungen. 6. Auflage. Elsevier, München.

Zähler

eingeschlossene Patienten
befragte Pflegeeinrichtungen, in den ein Endoskop zur Verfügung steht

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
Alle befragten Pflegeeinrichtung, in denen invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten gepflegt werden

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Häufigkeiten

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Fr. Schröter (Logopädie)

Name des Qualitätsindikators
S_15: angebotene soziale Betreuung / von Patienten genutzte Betreuung

Domäne des Qualitätsindikators
Struktur - pflegerisch

Qualitätsziel
Ermittlung, ob eine soziale Betreuung von der pflegenden Einrichtung angeboten und von den Patienten genutzt wird

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
-Neben der medizinisch/pflegerischen Versorgung spielt die soziale Betreuung eine wichtige Rolle, nicht in jeder Einrichtung wird dies angeboten und/oder umgesetzt.
-Relevant ist auch, wie diese Betreuung vom Patienten wahrgenommen wird (wird auf die Bedürfnisse des Pat. eingegangen?)

Die soziale Teilhabe ist wesentlich für die Aufrechterhaltung von Alltagskompetenz, psychischer und physischer Gesundheit sowie für die Prävention von Einsamkeit. In Deutschland ist das Risiko für fehlende soziale Teilhabe bei pflegebedürftigen Menschen sowohl ambulant, als auch stationär hoch (Pflege-Report 2015).
Die Abwesenheit sozialer Teilhabe sollte nicht als bedauerlich, aber unvermeidlich angesichts von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit betrachtet werden. Vielmehr sollte eine Konzeption von Pflege, in der soziale Teilhabe einen integralen Bestandteil des Lebens pflegebedürftiger Menschen ist, angestrebt werden.

Literatur
Pflege-Report 2015 : Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten bei denen:
- eine Beratung zur sozialen Teilhabe durchgeführt wird
- Alltagsbegleiter in der Einrichtung angestellt sind
- die Einrichtung ihren Patienten soziale Betreuung anbietet

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten, die in der Begutachtung von MDK (Modul 6: F 4.6.5 und F 4.6.6) als unselbständig eingestuft wurden

Altersgruppe > =18 Jahre

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Prozentuale Anteile

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Martha Schutzmeier und Dr. Kirsten Haas

Name des Qualitätsindikators
S_16: Erhebung QoL (Lebensqualität/Teilhabe/Aktivitätserhalt)

Domäne des Qualitätsindikators
Struktur pflegerisch / therapeutisch-rehabilitative Versorgung

Qualitätsziel
Berücksichtigung der Auswirkung der Behandlung auf die Lebensqualität, gesellschaftliche Teilhabe, Aktivität des Patienten

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Bei Patienten mit chronischer respiratorischer Insuffizienz wird bei weit fortgeschrittener Erkrankung häufig eine häusliche Beatmungstherapie eingeleitet. Da es sich dabei meist um Patienten im Endstadium ihrer Erkrankung handelt, die nach objektiven Kriterien schwerste Einschränkungen im Alltagsleben mit sich bringt, ist die Frage nach dem Einfluss einer häuslichen Beatmung auf die Lebensqualität entscheidend für diese Patienten (Windisch & Criee, 2005).
Zudem ist ein wichtiges Ziel in der Versorgung von außerklinisch beatmeten Menschen, eine weitgehend selbstbestimmte Lebensgestaltung und größtmögliche gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen (Windisch et al., 2017).
Auch sind in der Intensivpflege die Patienten durch langfristige Immobilität häufig in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt. Ein wichtiges Ziel der Heilmittelbehandlung ist deshalb der Erhalt von Funktionsfähigkeit und Aktivität.
Zur Ermittlung dieser Auswirkungen der außerklinischen Beatmung stehen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung (beispielhafte Fragebögen Lebensqualität/Teilhabe/Aktivitätserhalt: SF-12, EQ-5D, Barthel-Index, Modified Rankin Scale (mRS), FIM), die sehr unterschiedliche in ihrer Komplexität und Umfang sind.

Literatur

- Windisch, W., & Criee, P.: Lebensqualität bei Patienten mit häuslicher Beatmung. Pneumologie, 2005, 60 (9), 539-546;
- Windisch, W., Dreher, M., & Geiseler, J. et al.: S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017. Pneumologie 2017; 71: 722–795
- Kohlmann, T.,: Messung von Lebensqualität: So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2014, 108 (2-3), 104–110.

Zähler

eingeschlossene Patienten
befragte Pflegeeinrichtungen, in denen ein Assessment (Lebensqualität/ Teilhabe/ Aktivitätserhalt) durchgeführt wird

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
Alle befragten Pflegeeinrichtung, in denen invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten gepflegt werden

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Häufigkeiten

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Fr. Schröter (Logopädie) / Überarbeitung: Plenum

2. Prozess

Name des Qualitätsindikators
P_01: Umfassendes Überleit- und Entlassmanagement in ambulanten Sektor

Domäne des Qualitätsindikators
Medizinische Versorgung – Prozess

Qualitätsziel
Komplikationsreduktion bei Überleitung (auf Patientenebene)

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Das komplexe Entlassmanagement bei außerklinischer Beatmung liegt im Verantwortungsbereich der entlassenden Klinik (vgl. § 39 Sozialgesetzbuch (SGB) V).
Laut der S2k Leitlinie soll außerklinische Beatmung von einem Zentrum für außerklinische Beatmung initiiert werden. Der außerklinisch beatmete Patient benötigt dieses Zentrum für Einstellung, Kontrollen und Optimierung der Beatmungstherapie, sowie zur Notaufnahme im Falle einer Verschlechterung und als Ansprechpartner für das außerklinische Pflegeteam und den behandelnden niedergelassenen Arzt. Die Übergangsphase aus dem klinischen in den außerklinischen Bereich ist sehr vulnerabel, und die außerklinische Versorgung des beatmeten Patienten soll daher vor der Krankenhausentlassung vollständig organisiert sein.

Entlassungsvoraussetzungen aus der Klinik:

- Stabilität von Grund- und Begleiterkrankung(-en);
- stabile und komplikationsfreie Beatmungssituation an dem für die außerklinische Beatmung vorgesehenen Beatmungsgerät;
- stabiles chirurgisch angelegtes Tracheostoma;
- erteilte Kostenübernahme für die Pflege und Hilfsmittelversorgung;
- Versorgung mit allen notwendigen Geräten, Hilfsmitteln und Materialien und Vorhandensein dieser Hilfsmittel zum Zeitpunkt der Entlassung;
- Terminvereinbarung zur ersten Nachuntersuchung in einem Zentrum für außerklinische Beatmung.

Checkliste für die Überleitung in den ambulanten Sektor:
(siehe Anforderungsliste an das Entlassmanagement des DNQP-Expertenstandards „Entlassmanagement in der Pflege“)

- Diagnosen und Therapieziele
- Entlassmedikation inklusive Bedarfsmedikation
- Screeninguntersuchungen hinsichtlich multiresistenter Erreger
- Empfehlungen und Zeitintervalle zu klinischen Nachuntersuchungen
- geplante Wohn- und Versorgungsform inklusive Überprüfung der Wohnung bezüglich Barrierefreiheit (Insbesondere Zugang zur Wohnung, Mobilität in der Wohnung, Nutzung von Bad/Toilette) und Beratung hinsichtlich baulicher bzw. organisatorisch/struktureller Anpassung der häuslichen Gegebenheiten ggf. auf Grundlage von „wohnungsverbessernden Maßnahmen“ (GKV, Pflegekasse)
- Versorgungsumfang (Anwesenheitszeiten der Pflege), Zeitrahmen und Inhalte der Pflegemaßnahmen
- technische Ausstattung zur Beatmung und Überwachung inkl. Zubehör
- Art des Beatmungszugangs (Reinigungs- und Wechselintervalle), Beatmungsmodus, Beatmungsdauer bzw. Dauer möglicher Spontanatmungsphasen
- Sauerstoffflussrate
- Maßnahmen zum Sekretmanagement
- Überprüfung bzgl. Hilfsmittelbedarf und Veranlassung der Hilfsmittelverordnung (exkl. Beatmungstechnik); Klärung der Kostenübernahme und zeitgerechte Lieferung
- Bedarfsplanung der Ernährung
- psychosoziale Begleitung des Patienten und ggf. der Angehörigen
- Maßnahmen zur Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie
- Patienten- und Angehörigenschulung

Literatur

- S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz-Revision 2017 (Kap 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 14)
- Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern (KNAIB). Verfahrensablauf zum Überleitmanagement Intensivpflege. Stand 18.06.2009

Zähler

eingeschlossene Patienten

invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten, bei denen eine strukturierte Überleitung gemäß Checkliste in den ambulanten Sektor erfolgte

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten

invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator

Martha Schutzmeier und Dr. Maximilian Kippnich

Name des Qualitätsindikators
P_02: Anleitung der Angehörigen durch betreuendes Team

Domäne des Qualitätsindikators
Prozess - Therapeutisch-rehabilitative Versorgung / pflegerische Versorgung

Qualitätsziel
Verbesserung der häuslichen Abläufe, Optimale Versorgung der Betroffenen durch Angehörigenschulung, Teilhabemöglichkeiten der Klienten erhöhen, Unterstützung von Prophylaxen / Reduzierung von Sekundärschädigungen

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Durch eine Einbindung der Angehörigen z.B. bei der Lagerung, bei Transfers sowie alltäglichen Verrichtungen (wie Lagerung, Körperpflege, Essen) und häuslichen Aktivitäten (wie Mobilität, Freizeitgestaltung) kann einerseits ein Beitrag dazu geleistet werden, dass Prophylaxen unterstützt und Sekundärschäden (wie Dekubitus, Kontrakturen, Infektionen, Schmerzen) vermindert werden. Andererseits können Angehörige dazu beitragen, dass durch ihre Unterstützung der Patient mehr Möglichkeiten der Teilhabe an alltäglichen Verrichtungen und häuslichen Aktivitäten erhält.
Die jeweilige Schulung muss die (zusätzliche) Besonderheit der Situation durch die Beatmung berücksichtigen.
Zu beachten sind dabei außerdem, die Grenzen der Belastbarkeit und Professionalität der Angehörigen und dass die Freiwilligkeit auf beiden Seiten (Angehörige und Patient) gewährleistet bleibt.

Literatur

- Klingshirn H, Grill E, Bender A, et al. Quality of evidence of rehabilitation interventions in long-term care for people with severe disorders of consciousness after brain injury: A systematic review. Journal of Rehabilitation Medicine 2015; 47(7): 577-85
  - s.a. DVE-Zusammenfassung des Review (Anlage), mit Markierung der relevanten Studien
  - Nachrecherche noch erforderlich für Zeitraum nach 2013
- S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017 (Kap 6.1, 6.4, 6.12, 7.2, 7.8, 13.5, 14.6 – allerdings hier „nur“ aus pflegerischer Sicht)

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten, deren Angehörige eine Schulung erhalten haben

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten, bei deren Angehörigen keine Bereitschaft* zur Schulung vorhanden ist, oder wo der Patient dies ablehnt. *Bereitschaft im Sinne von Wollen und Können, auf beiden Ebenen kann es ja Gründe geben, die gegen eine Schulung sprechen

Altersgruppe
≥ 18 Jahre alt

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Fr. Hucke (Ergotherapie)

Name des Qualitätsindikators
P_05: Mitspracherecht der Patienten bei Wahl der Pflegekraft und der Therapeuten

Domäne des Qualitätsindikators
Prozess – Pflegerisch

Qualitätsziel
Patient soll eine Pflegekraft und die Therapeuten wählen können, die auf seine Bedürfnisse eingehen und die eine kontinuierliche und angemessene Betreuung und Pflege des Patienten sicherstellen können.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
- Nicht immer hat der Patient ein Mitspracherecht bei Wahl seiner Pflegekraft und seiner Therapeuten
- Nicht jede Pflegekraft oder jeder Therapeut kann in angemessener Weise auf die Bedürfnisse des Pat. eingehen

Literatur

- Bartuschat, Uwe: „Perspektiven für die Selbstbestimmung behinderter Menschen im Kontext gesellschaftlicher Diskurse und Praktiken ihrer Ermöglichung und Beschränkung." Bremen 2002
- S2k – Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz", Revision 2017

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten, bei denen Mitsprache dokumentiert wurde

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
>= 18 Jahre

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Prozentuale Anteile

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Frau Hallwachs

Name des Qualitätsindikators
P_07: Gewährleistung der Versorgung des Patienten mit therapeutischen Maßnahmen und der kontinuierlichen Therapieabfolge

Domäne des Qualitätsindikators
Prozess - Therapeutisch-rehabilitative Versorgung

Qualitätsziel
Der Patient erhält Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie innerhalb eines festgelegten Zeitraums (bei festgelegter Frequenz und ohne Therapiepausen)

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie werden bisher nach Ermessen/Indikationsstellung durch den Arzt verordnet. Der Patient erhält nicht automatisch alle Therapien. Die Hausärzte sehen im Alltag nicht immer die Relevanz aller Therapieformen bzw. verordnen ungern alle drei therapeutischen Heilmittel aus Sorge um die erhöhte budgetäre Belastung und den erhöhten bürokratischen Aufwand. Die Verordnung durch Fachärzte ist erschwert, da diese kaum Hausbesuche durchführen und im Gegenzug die Beatmungspatienten in den seltensten Fällen den niedergelassenen Arzt problemlos aufsuchen können. Normalerweise muss, je nach Diagnose und Therapie, nach einer definierten Anzahl an Therapieeinheiten eine Therapiepause eingelegt werden. Anschließend muss vom Patienten bzw. Angehörigen bei der Krankenversicherung ein Antrag auf „Therapie außerhalb des Regelfalls“ gestellt und von dieser genehmigt werden. Hier entstehen häufig Therapiepausen oder Therapieabbrüche.
Leidet der Patient an einer Grunderkrankung, deren Diagnose einen sog. „besonderen Verordnungsbedarf“ rechtfertigt, kann von ärztlicher Seite ohne weitere schriftliche Begründung und (tw.) außerbudgetär Therapie verordnet werden. Diese Patientengruppe (intensivpflichtig/beatmet/tracheotomiert) sollte in den Diagnosekatalog der „besonderen Verordnungsbedarfe“ aufgenommen werden, um Therapiepausen und -abbrüche zu verhindern und das Budget des verordnenden Arztes nicht über die Maßen zu strapazieren.

Literatur

- Heilmittelkatalog
- www.kbv.de => „besondere Verordnungsbedarfe“
- Erfahrung aus der täglichen Berufspraxis

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten, welche:
1. Physiotherapie/ Logopädie/ Ergotherapie erhalten haben (innerhalb eines festgelegten Zeitraums und bei festgelegter Frequenz)
2. welche keine Therapiepause/Therapieabbrüche hatten

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
≥ 18 Jahre alt

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Fr. Schröter (Logopädie)

Name des Qualitätsindikators
P_11: Festlegung zur Mobilisierung des Patienten

Domäne des Qualitätsindikators
Medizinische Versorgung - Prozess

Qualitätsziel
Teilhabe, Aktivierung des Patienten

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Sicherung eines hohen Behandlungsstandards bei der Behandlung nicht-invasiv und invasiv beatmeter Patienten.

Warum ist Mobilisierung wichtig:
- Verbesserung bestehender Einschränkungen
  - Beweglichkeit der Gelenke, Festigkeit der Muskulatur, Verbesserung Spastik, etc.
- Aktivierung kognitiver Fähigkeiten und Teilhabe am Leben
  - regelmäßige Mobilisierung des Patienten z.B. in Rollstuhl oder am Bettrand (mind. 1-2x pro Tag für 2 Std.)
  - Vertikalisierung des Patienten zur Verbesserung der Wachheit und Denkfähigkeit
  - Erlebnisse, Ausflüge in den Garten, frische Luft
- Mobilisierung zur Prophylaxe von Erkrankungen z.B. Pneumonie, Dekubitus etc.

Literatur

- S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz
- Expertenstandard nach §113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Zähler

eingeschlossene Patienten
betreute invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten ab 18 Jahren, die eine regelmäßige Mobilisierung erfahren

ausgeschlossene Patienten
nicht betreute invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten unter 18 Jahren

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten unter 18 Jahren

Altersgruppe
Ab 18 Jahren

Risikoadjustierung
Risiko bei der Mobilisierung von Patienten:
- Druckstellen bei der Mobilisierung, Sonnenbrand, etc.

Wichtig ist die Kontrolle anhand von:
- Kontrolle der Dokumentation
- regelmäßige Hausärztliche Visite
  - Erhebung des Allgemeinzustandes des Patienten
  - Zustand von Muskeln und Gelenken und des allgemeinen Zustandes im Hinblick auf regelmäßige Mobilisation
  - unangekündigte Hausärztliche Besuche

Aufgaben des Hausarztes:
- Koordinierung der fachärztlichen Mitbetreuung z.B. zur Verbesserung der Spastik
- Anpassung der Medikation im Hinblick auf eingeschränkte Funktion

Regelmäßige Behandlung des Patienten durch Physiotherapie und ggf. Ergotherapie und Logopädie
- positive kognitive Auswirkungen und positive Auswirkungen auf den Körperapparat

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Dr. Oliver Abbushi

Name des Qualitätsindikators
P_14: Erneute Vorstellung im zuständigen Beatmungszentrum

Domäne des Qualitätsindikators
Prozess - Pflegerisch

Qualitätsziel
Optimierung der Beatmungseinstellung der Patienten

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
- die erneute Vorstellung im Weaning-Zentrum ist in der Leitlinie vorgesehen
- unklar ob/ wie oft dies in der Praxis umgesetzt wird

Die S2k- Leitlinie „prolongiertes Weaning“ empfiehlt, dass außerklinisch beatmete Patienten sich mindestens einmal jährlich zu einer Kontrolluntersuchung vorstellen. Darüber hinaus sollen bei jedem Termin das Weaningpotenzial sowie die Behandlungsziele überprüft werden. Diese Kontrolluntersuchungen sollen auch bei stabiler Versorgungssituation stattfinden. Ob die Kontrolluntersuchung stationär oder ambulant erfolgen soll, hängt von Krankheitsbild, von der Erkrankungsschwere, der Entfernung vom Zentrum sowie von der Art der notwendigen Untersuchungen und der Ausstattung des Zentrums.

Literatur
- S2k-Leitlinie „prolongiertes Weaning“, Punkt 6

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten, bei denen nach Entlassung mindestens eine Vorstellung im zuständigen Beatmungszentrum innerhalb von 12 Monaten erfolgte

ausgeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten, die eine erneute Vorstellung im zuständigen Beatmungszentrum innerhalb von 12 Monaten abgelehnt haben

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
>= 18 Jahre

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Prozentuale Anteile

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Martha Schutzmeier (Durchsicht: J. Müller)

Name des Qualitätsindikators
P_15: Ermittlung, ob Patient von Externen begutachtet wurde

Domäne des Qualitätsindikators
Prozess – pflegerische/ therapeutisch-rehabilitative Versorgung

Qualitätsziel
Sicherstellung einer optimalen Betreuungssituation

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Zusammen mit der ersten Begutachtung des MDK soll eine voraussichtliche Entwicklung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten abgeschätzt und dokumentiert werden. Pflegebedürftigkeit ist in der Regel kein unveränderbarer Zustand. Es soll angegeben werden, wenn sich Selbständigkeit und Fähigkeiten relevant verändern können. Ein angemessener Termin für eine Wiederholungsbegutachtung soll ebenfalls vorgeschlagen werden.

Die vertragsärztliche Verordnung von Hilfsmitteln ist durch den Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) in der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) geregelt. Im Hilfsmittelverzeichnis des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV) sind die Hilfsmittel umfassend aufgeführt und in Produktgruppen Unterteilt. Zu den Hilfsmitteln zählen auch therapeutische Bewegungsgeräte (Produktgruppe 32). Diese werden z.B. als Ergänzung oder auch im Rahmen der Physio- und Ergotherapie eingesetzt, um bestimmte körperliche Bewegungsfunktionen zu erhalten oder zu verbessern. In der S2k-Leitlinie zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz (Windisch, 2017) wird die Wichtigkeit der Versorgung mit Hilfsmitteln an verschiedenen Stellen betont.
Auch das Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern (KNAIB, 2011) beschäftigt sich im Rahmen des Versorgungsmanagements in einer Arbeitsgruppe mit dem Thema Optimierung der Hilfsmittelversorgung. Im Hinblick auf den Qualitätsprozess wird angeraten Abläufe festzulegen und die Pflichten der beteiligten Institutionen verbindlich zu benennen, um die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbrauchsmaterialien sicherzustellen.

Sowohl bei invasiver, als auch bei nicht-invasiver Beatmung kann im Verlauf auch nach mehreren Monaten eine Besserung eintreten, die eine vollständige Entwöhnung oder eine Umstellung auf NIV möglich machen kann (z.B. durch Besserung von Komorbiditäten, durch therapeutische Maßnahmen). Für diese regelmäßige Kontrolle des Weaningpotenzials ist eine langfristige Betreuung der Patienten durch Expertenzentren (Weaningzentren oder Zentren für außerklinische Beatmung) nötig, denn die ambulante ärztliche Versorgung kann dies oft nicht ausreichend gut leisten (Lehmann, Stark & Ewers, 2016; Windisch & Sitter, 2017).

In dem Fall von beatmeten Patienten wäre besonders wünschenswert, diese Wiederholungsbegutachtung wahrzunehmen. Außerdem sollen regelmäßige Arztvisiten mit spezieller Expertise in der Intensiv- und Beatmungsmedizin (mind. 1x pro Quartal) stattfinden.
Diese Begutachtung sollte die folgenden Aspekte beinhalten:
- Pflegekonzept
- Hilfsmittelkonzept
- Weaningpotenzial

Literatur

- § 18 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.). Das Neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit.
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches
- S2k-Leitlinie „prolongiertes Weaning“, Punkt 6
- HilfsM-RL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1666/HilfsM-RL_2018-07-19_iK-2018-10-03.pdf (letzter Aufruf: 29.04.2019)
- GKV Spitzenverband, Hilfsmittelverzeichnis: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/produktgruppeAnzeigen_input.action?gruppeId=32 (letzter Aufruf: 29.04.2019)
- Windisch, W., Dreher, M., & Geiseler, J. et al.: S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017. Pneumologie 2017; 71: 722–795
- KNAIB Fachgesellschaft für außerklinische Intensivpflege e.V. (2011): AG Optimierung der Hilfsmittelversorgung – KNAIB 2011. URL: https://knaib.de/wp-content/uploads/Optimierung_der_Hilfsmittelversorgung_.pdf, letzter Aufruf 25.4.19
- Lehmann, Y., Stark, S., Ewers, M. (2016). Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten und regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 2: Kommentierte Bibliografie. Working Paper No. 16-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Schönhofer B, Geiseler J, Dellweg D, Moerer O, Barchfeld T, Fuchs H, Karg O, Rosseau S, Sitter H, Weber-Carstens S, Westhoff M, Windisch W

(2014). Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. AWMF-Leitlinien-Registernummer 020-015. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-015l_S2k_Prolongiertes_Weaning_2014_01_verlaengert_01.pdf

Zähler
eingeschlossene Patienten invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten, bei denen 12 Monate nach Entlassung eine Wiederholungsbegutachtung erfolgte
ausgeschlossene Patienten

Nenner
eingeschlossene Patienten invasiv und nicht-invasiv beatmeten Patienten
ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
>= 18 Jahre

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Prozentualer Anteil

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Martha Schutzmeier und Dr. Kirsten Haas (für P_12 Fr. Gerken und Fr. Klingshirn)

Name des Qualitätsindikators
P_16: Interprofessionelle Zusammenarbeit

Domäne des Qualitätsindikators
Prozess - Therapeutisch-rehabilitative Versorgung

Qualitätsziel
Das therapeutische Konzept ist zwischen allen Therapiegruppen abgestimmt.
Alle am jeweiligen Patienten beteiligten Berufsgruppen setzen sich regelmäßig zusammen.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
An der Versorgung beatmeter Patienten im außerklinischen Setting sind Ärzte, das Pflegeteam, Geräteprovider, das therapeutische Team (interne oder externe Therapeuten) und auch die Kostenträger beteiligt (Windisch & Sitter, 2017). Alle Beteiligten sind auf Absprachen mit, teilweise auf Verordnungen von anderen Akteuren angewiesen; z.B. Pflege auf ärztliche Anordnung, Hausärzte auf Expertise und Erfahrung von Fachärzten (Randerath et al., 2011; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 2017). Auch wenn der Fokus in der Literatur oft auf pflegerischen Leistungen liegt, werden auch Effekte und Wirksamkeit von Heilmitteln dargestellt (Windisch & Sitter, 2017).
In Berlin wurde für die vollstationäre Versorgung langzeitbeatmeter Patienten durch Qualitätsstandards vereinbart, dass therapeutische Leistungen in den Pflegeprozess integriert werden und ein fachübergreifender Austausch zwischen Ärzte, Pflegekräften und Therapeuten gewährleistet wird. In diesem Zusammenhang ist auch von regelmäßigen interdisziplinären Fallbesprechungen die Rede (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 2017).
Insgesamt ist eine eng verzahnte interdisziplinäre Versorgung also absolut notwendig (Windisch & Sitter, 2017, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 2017). Im außerklinischen Setting birgt dies allerdings besondere Herausforderungen. In der Literatur sind für diesen Bereich daher Koordinations- und Kooperationsprobleme erkennbar, v.a. beim Übergang in häuslicher Intensivpflege. Es wird deutlich, dass Absprachen und regelmäßige Treffen aller beteiligten Akteure nötig sind. In der deutschsprachigen Literatur sind Hinweise zur professionsübergreifenden Versorgung nur sehr begrenzt vorhanden. Es sind lediglich grundsätzlich Überlegungen zu finden; konkrete Ansätze werden gefordert (Lehmann, Stark & Ewers, 2016).

Literatur

- Lehmann, Y., Stark, S., Ewers, M. (2016). Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten und regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 2: Kommentierte Bibliografie. Working Paper No. 16-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Randerath, W. J.; Kamps, N.; Brambring, J.; Gerhard, F.; Lorenz, J.; Rudolf, F. et al. (2011): Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung. In: Pneumologie 65 (2), S. 72–88. DOI: 10.1055/s-0030-1256121.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2017). Anlage C für langzeitbeatmete Pflegebedürftige zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege im Land Berlin. Verfügbar unter: https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bln/pflege/stationaer/bln_pflege_vollstat_ergaenz_rv_anl_c_120417
- Windisch, W., Sitter, H. (2017). Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. Revision 2017. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. AWMF-Leitlinien-Registernummer 020-008. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-008l_S2k_NIV_Nichtinvasive_invasive_Beatumung_Insuffizienz_2017-10.pdf

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten, für die regelmäßig ein therapeutisches Konzept abgestimmt wurde

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
≥ 18 Jahre alt

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Fr. Gerken und Fr. Klingshirn

3. Outcome

Name des Qualitätsindikators
O_05: Anzahl erneute stationäre Einweisungen

Domäne des Qualitätsindikators
Outcome - Pflegerisch

Qualitätsziel
Erfassung von Komplikationen bei Intensivbetreuung
Ermittlung des Anteils der Patienten, die erneut stationär eingewiesen werden mussten aufgrund einer Verschlechterung der Grunderkrankung oder einer zusätzlich auftretenden Erkrankung.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Die deutsche Leitlinie „prolongiertes Weaning“ empfiehlt eine regelmäßige Vorstellung der außerklinisch beatmeten Patienten in den Kliniken bzw. Weaningzentren zu stationären Kontrolluntersuchungen. Außerhalb dieser Kontrolluntersuchungen finden aber oft zusätzlich stationäre Aufnahmen statt, da die außerklinische Versorgungssituation dieser Patientengruppe oftmals instabil ist. Bei Schwierigkeiten mit der außerklinischen Beatmung oder Komplikationen, die stationär behandelt werden müssen, sind Notarzteinsätze und wiederholte Krankenhauseinweisungen oft notwendig.
Hierzu ist auch relevant zu erheben/wissen, ob die erneute Einweisung mit einer Verschlechterung der Grunderkrankung, mit einer zusätzlich auftretenden Erkrankung oder mit unzureichender Versorgung zusammen hängt.

Literatur

- Karagiannidis C, Strassmann S, Callegari J, Kochanek M, Janssens U, Windisch W. [Evolving Epidemiology of Home Mechanical Ventilation: A Rapidly Growing Challenge for Patient Care]. Deutsche medizinische Wochenschrift (1946). 2019;144(9):e58-e63.
- S2k Leitlinie „prolongiertes Weaning“
- S2k Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten, die erneut stationär eingewiesen werden mussten aufgrund einer Verschlechterung der Grunderkrankung oder einer zusätzlich auftretenden Erkrankung – Zeitraum zu definieren, bspw.: Quartal

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
>= 18 Jahre

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Prozentualer Anteil

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Martha Schutzmeier

Name des Qualitätsindikators
O_06: Komplikationsrate

Domäne des Qualitätsindikators
Outcome - Therapeutisch-rehabilitative / pflegerische / medizinische Versorgung

Qualitätsziel
Ermittlung der Anzahl an aufgetretenen Komplikationen

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Neben der allgemeinen pflegerischen Versorgung hat die Prävention einen hohen Stellenwert, da bei dieser Patientengruppe zu jeder Zeit potentiell lebensbedrohliche Situationen auftreten können. Bei beatmeten Patienten treten u.a. Obstipation, Dekubitus, Pneumonie oft auf. Insbesondere respiratorische Infektionen sind eine entscheidende Komplikationen und häufig Grund für eine Hospitalisierung.

Eine Pneumonie stellt eine Komplikation maschineller Ventilation dar. Sie gilt als beatmungsassoziiert, wenn der Patient mindestens 48h beatmet war (=VAP, Ventilator-assoziierte Pneumonie). Diese tritt bei 4,25 Fällen bezogen auf 1000 invasive Beatmungstage und bei 1,24 Fällen bezogen auf 1000 nicht-invasive Behandlungstage auf (KRINKO, 2013). Eine Pneumonie ist eine prominente Todesursache bei außerklinisch beatmeten Patienten (Giesa et al., 2017). Es gibt Empfehlungen zu Präventionsmaßnahmen, jedoch sind diese oft für den außerklinischen Bereich nicht gut untersucht (Windisch & Sitter, 2017). Zu diesen Maßnahmen gehören hygienische Basismaßnahmen (z.B. Händehygiene), Management des Beatmungszugangs, Keimreduktion, Sekretmanagement, antimikrobielle Prophylaxe und suffiziente Nutrition (Giesa et al., 2017; KRINKO, 2013). Als gesichert gilt, dass invasive Beatmung und die Länge der Beatmung das Risiko einer Pneumonie erhöhen und daher in der Prävention eine Vermeidung invasiver Beatmung und wiederholtes Weaning - wenn möglich - unbedingt berücksichtigt werden sollte (Schönhofer et al., 2014; Windisch & Sitter, 2017).

Die Dekubitusinzidenz stellt einen internationalen Indikator für Pflegequalität und Patientensicherheit dar und ist Bestandteil diverser internationaler Initiativen zur Verbesserung der Pflegequalität. Laut Qualitätsreport des IQTIG im Auftrag des GBA betrug 2017der prozentuale Anteil an Dekubitusulcera, die während eines stationären Aufenthaltes entstanden sind, 21,42 % (Grundlage 1.766 Krankenhäuser). Das Auftreten eines Dekubitus ist in der Regel vermeidbar. Die Dekubitusprophylaxe selbst ist der einzige pflegesensible Leistungsbereich für Krankenhäuser in Deutschland und Bestandteil der gesetzlichen externen Qualitätssicherung laut §137, SGB V.
Dennoch kann nicht bei allen Patientinnen und Patienten die Entstehung eines Dekubitus vermieden werden. In Einzelfällen können pflegerische prophylaktische Maßnahmen nicht durchgeführt werden oder trotz durchgeführter Dekubitusprophylaxe die Entstehung eines Dekubitus nicht verhindert werden. In der Regel handelt es sich dabei um Patienten, bei denen sehr schwere und lebensbedrohliche Umstände vorliegen oder bei denen sich die Risikofaktoren für die Entstehung eines Dekubitus häufen.
Durch ein viertel- oder halbjährliches Monitoring und die Rückspiegelung der Dekubitushäufigkeiten kann eine Bewertung der Versorgung, inklusive vermeidbarer und nicht-vermeidbarer Komplikationen, vorgenommen werden.

Die Trachealkanüle eines langfristig tracheotomierten Patienten soll regelmäßig gewechselt werden, sowohl aus hygienischen Gründen als auch um zu verhindern, dass sich getrocknetes Sekret in der Kanüle festsetzen kann. Es gibt allerdings keine konkrete Richtlinie wie oft der Wechsel erfolgen soll. Als kritisches Ereignis ist ein ungeplanter Kanülenwechsel anzusehen, da jeder Wechsel sehr belastend für den Patienten sein kann.

Literatur

- Giesa, C.,Wolter, F., Ewig, S. (2017). Infektionen bei außerklinischer Beatmung. Deutsche medizinische Wochenschrift 142 (16), S. 1211–1216.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (2013). Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie. In: Bundesgesundheitsbl. 56 (11), S. 1578–1590.
- Schönhofer B, Geiseler J, Dellweg D, Moerer O, Barchfeld T, Fuchs H, Karg O, Rosseau S, Sitter H, Weber-Carstens S, Westhoff M, Windisch W (2014). Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. AWMF-Leitlinien-Registernummer 020-015. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-015l_S2k_Prolongiertes_Weaning_2014_01_verlaengert_01.pdf
- Windisch, W., Sitter, H. (2017). Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. Revision 2017. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. AWMF-Leitlinien-Registernummer 020-008. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-008l_S2k_NIV_Nichtinvasive_invasive_Beatumung_Insuffizienz_2017-10.pdf
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher, Petra Blumenberg, Moritz Krebs, Martin Moers, Anna Möller, Doris Schiemann et al. 2. Aktualisierung 2017. Osnabrück: Hochschule

Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- Hauss, Armin (2017): Dekubitus als pflegesensitiver Qualitätsindikator. GQMG Jahrestagung. Charité - Universitätsmedizin Berlin. Berlin, 01.04.2017. Online verfügbar unter https://www.gqmg.de/Dokumente/Jahrestagung_2017/Folien/21_W6P2_AH.pdf.
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2018): Qualitätsreport 2017. Hg. v. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Berlin. Online verfügbar unter https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Qualitaetsreport-2017_2018_09_21.pdf.
- Kottner, J.; Dassen, T.; Lahmann, N. A. (2011): Dekubitus in deutschen Pflegeheimen: Häufigkeiten, Grade und Entstehungsorte. In: *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 44 (5), S. 318–322. DOI: 10.1007/s00391-011-0179-0.
- Lee, Yun J.; Kim, Jung Y.; Dong, Cha B.; Park, Ok K. (2019): Developing risk-adjusted quality indicators for pressure ulcers in long-term care hospitals in the Republic of Korea. In: *International wound journal* 16 Suppl 1, S. 43–50. DOI: 10.1111/iwj.13024.

Zähler

eingeschlossene Patienten

invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten, bei denen eine Komplikation (Auswahlliste: Dekubitus, Pneumonie, ungeplanter Kanülenwechsel) aufgetreten ist – Zeitraum zu definieren, bspw. Quartal

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten

invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe

≥ 18 Jahre alt

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators

Verantwortliche für Qualitätsindikator

Laura Gerken, Hanna Klingshirn, Prof. Dr. Wurmb, Dr. Maximilian Kippnich

Name des Qualitätsindikators
O_08: Fälle, in denen den pflegerischen Umfang reduziert werden konnte

Domäne des Qualitätsindikators
Outcome - pflegerisch

Qualitätsziel
Erfassung der Verbesserung der Beatmungssituation

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators
Durch die Verbesserung des Allgemeinzustandes des beatmeten Patienten kann die Rückzugspflege erwogen werden. Rückzugspflege bedeutet die Verringerung des durch Pflegende erbrachten Versorgungsumfangs beim Patienten. Die Anleitung der Angehörigen und des Patienten ermöglicht, dass diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten nach und nach eigenständig einen Teil der Pflege übernehmen können. Dadurch wird die Autonomie des Patienten und seiner Angehörigen gefordert.

Die Entscheidung zur Rückzugspflege muss im multiprofessionellen Team aus Pflegenden, Angehörigen, Therapeuten, betreuenden (Fach-) Ärzten und Vertretern der Leistungsträger getroffen werden. Die konkrete Umsetzung und der Umfang der Rückzugspflege dürfen nur im Konsens mit dem Patienten bzw. seinem gesetzlichen Betreuer, den Angehörigen und dem multiprofessionellen Versorgungsteam erfolgen.

Der Versorgungsumfang soll sich dem Bedarf des Patienten individuell anpassen, denn der Allgemeinzustand des Patienten kann sich verbessern, aber auch eine Verschlechterung ist möglich. In diesem Fall muss der pflegerische Versorgungsumfang des Patienten ggf. angepasst werden.
Der Umfang der Rückzugspflege wird dokumentiert.

Literatu

- S2k Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz
- Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern (KNAIB). Rückzugspflege (RZP). Online verfügbar unter: https://knaib.de/rueckzugspflege-rzp/ (Letzter Aufruf: 03.06.2019)
- Randerath WJ, Kamps N, Brambring J, Gerhard F, Lorenz J, Rudolf F, et al. Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung. Pneumologie. 2011;65(2):72-88.

Zähler

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht invasiv beatmete Patienten, bei denen den pflegerischen Versorgungsumfang reduziert werden konnte

ausgeschlossene Patienten

Nenner

eingeschlossene Patienten
invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

ausgeschlossene Patienten

Altersgruppe
>= 18 Jahre

Risikoadjustierung

Ergebnisbericht des Qualitätsindikators
Prozentualer Anteil

Verantwortliche für Qualitätsindikator
Martha Schutzmeier

OVER-BEAS

Erhebungsbogen OVER-BEAS - Patientenbezogene Indikatoren

Datum der Erhebung: (TT/MM/JJJJ) ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

PatientInnen-ID: ☐

Geburtsjahr: (JJJJ) ☐☐☐☐

Geschlecht:

☐ Männlich

☐ Weiblich

☐ Divers

Art der pflegerischen Versorgungsstruktur:

☐ Wohngemeinschaft

☐ Pflegeheim

☐ Ambulanter Pflegedienst (häusliche Versorgung)

Versorgungssituation:

☐ Invasiv beatmet seit (JJJJ) ☐☐☐☐

☐ Nicht-invasiv beatmet seit (JJJJ) ☐☐☐☐

1. Aufnahme von PatientInnen

1.1 Wurde der/ die PatientIn aus einer Klinik in Ihre Einrichtung verlegt?

○ Ja ○ Nein ○ Nicht dokumentiert

1.1.1 Wenn ja, erfolgte die Überleitung strukturiert (1) ?

○ Ja ○ Nein ○ Nicht dokumentiert

2. Schulung von Angehörigen

2.1 Wurde eine Schulung (2) der Angehörigen dokumentiert?

○ Ja ○ Nein

3. Dokumentation bezüglich des Mitspracherechts von PatientInnen

3.1 Ist die Mitsprache bezüglich der Wahl der Pflegenden dokumentiert?

○ Ja ○ Nein

3.2 Ist die Mitsprache bezüglich der Wahl der TherapeutInnen dokumentiert?

○ Ja ○ Nein

4. Versorgung von PatientInnen

4.1 Hat der/ die PatientIn **in den letzten 3 Monaten** eine oder mehrere der folgenden therapeutischen Maßnahmen erhalten?

4.1.1 Physiotherapie	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert
4.1.2 Logopädie	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert
4.1.3 Ergotherapie	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert

4.2 Kam es zu einer Therapiepause (mind. 3 Monate) bzw. zu einem Therapieabbruch?	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert
4.3 Wurde der/ die PatientIn regelmäßig (mindestens 1-2 mal pro Tag für 2 Stunden) mobilisiert (3)?	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert

5. Begutachtung/ Beurteilung von PatientInnen

5.1 Hat sich der/ die PatientIn innerhalb von 12 Monaten nach Entlassung aus dem Krankenhaus mindestens einmal im zuständigen Beatmungszentrum vorgestellt?	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert

5.2. Wurde eine Wiederholungsbegutachtung des Patienten/der Patientin **innerhalb von 12 Monaten** nach Entlassung aus dem Krankenhaus bezüglich einer oder mehrerer der folgenden Punkte durchgeführt?

5.2.1 Des Pflegekonzepts	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert
5.2.2 Des Hilfsmittelkonzepts	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert
5.2.3 Des Weaningpotenzials	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert

5.3. Hat eine Arztvisite mit spezieller Expertise in der Intensiv- und Beatmungsmedizin mindestens **einmal pro Quartal** im letzten Kalenderjahr stattgefunden?	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert
5.4. Fand **einmal pro Quartal** eine multidisziplinäre Fallkonferenz statt, in der das therapeutische Konzept für den/die PatientIn abgestimmt wurde?	○ Ja	○ Nein	○ Nicht dokumentiert

OVER-BEAS

6. Stationäre Einweisungen

Anzahl der stationären Einweisungen (4) des Patienten/ der Patientin **innerhalb der letzten 12 Monate** ☐

7. Komplikationen

7.1 Wie oft sind die folgenden Komplikationen pro Quartal im letzten Kalenderjahr aufgetreten?

7.1.1 Dekubitus

Q1	Q2	Q3	Q4
☐	☐	☐	☐

7.1.2 Pneumonie

Q1	Q2	Q3	Q4
☐	☐	☐	☐

7.1.3 Ungeplanter Kanülenwechsel

Q1	Q2	Q3	Q4
☐	☐	☐	☐

8. Reduktion des pflegerischen Umfangs (Rückzugspflege)

8.1 Wurde der pflegerische Versorgungsumfang aufgrund einer Verbesserung des Allgemeinzustands im letzten Kalenderjahr reduziert? ○ Ja ○ Nein ○ Nicht dokumentiert

8.1.1 Wenn ja, in welchem Umfang

○
○ 1 Stunde
○ 2 Stunden
○ 3 Stunden
○ 4 Stunden
>= 5 Stunden

8.1.2 Wenn nein, wurde der pflegerische Versorgungsumfang erhöht (aufgrund einer Verschlechterung des Allgemeinzustands)? ○ Ja ○ Nein ○ Nicht dokumentiert

Ausfüllhinweise

(1) Definition einer strukturierten Überleitung anhand des DNQP-Expertenstandards „Entlassmanagement in der Pflege“:

- o Stabilität von Grund- und Begleiterkrankung(en)
- o Art des Beatmungszugangs, Beatmungsmodus, Beatmungsdauer bzw. Dauer möglicher Spontanatmungsphasen müssen bekannt sein
- o Sauerstoffflussrate muss bekannt sein
- o Maßnahmen zum Sekretmanagement stehen fest
- o Technische Ausstattung zur Beatmung und Überwachung inkl. Zubehör sind vorhanden
- o Kostenübernahme für die Pflege- und Hilfsmittelversorgung ist erteilt
- o Versorgung des Patienten bzw. Der Patientin mit allen notwendigen Geräten, Hilfsmitteln und Materialien und Vorhandensein dieser Hilfsmittel zum Zeitpunkt der Entlassung
- o Termin zur ersten Nachuntersuchung in einem Zentrum für außerklinische Beatmung ist vereinbart
- o Entlassmedikation inkl. Bedarfsmedikation ist festgelegt
- o Screeninguntersuchung hinsichtlich multiresistenter Erreger durchgeführt
- o Wohn- und Versorgungsform festgelegt inklusive Überprüfung der Wohnung bezüglich Barrierefreiheit und Beratung hinsichtlich baulicher bzw. organisatorisch/struktureller Anpassung der häuslichen Gegebenheiten ggf. auf Grundlage von „wohnungsverbessernden Maßnahmen“
- o Versorgungsumfang (Anwesenheitszeiten der Pflege), Zeitrahmen und Inhalte der Pflegemaßnahmen ist festgelegt
- o Maßnahmen zur Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie ist geplant
- o Patienten- und Angehörigenschulung ist erfolgt
- o Psychosoziale Begleitung des Patienten und ggf. der Angehörigen ist geplant

(2) Schulung von Angehörigen beispielsweise zu Transfer, sowie alltäglichen Verrichtungen (z.B. Lagerung, Körperpflege, Essen) und häuslichen Aktivitäten (z.B. Mobilität, Freizeitgestaltung)

(3) Definition von Mobilisierung gemäß des DNQP Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“:
Alle aktivierenden Maßnahmen, die die Mobilität bzw. Bewegungsfähigkeit des Patienten bzw. der Patientin fördern, also die körperliche Fähigkeit, sich über kurze Strecken (ggfs. mit Hilfsmitteln) selbstständig fortzubewegen und selbstständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen. Ziele der Mobilisierung sind der Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit und die Stärkung des Selbstwertgefühls des Patienten bzw. der Patientin. Durch die Mobilisierung sollen außerdem Sekundärerkrankungen wie Pneumonien (Lungenentzündungen), Dekubitus oder Gelenkkontrakturen vermieden werden.

(4) Stationäre Einweisungen aufgrund einer Verschlechterung der Grunderkrankung oder einer zusätzlichen Erkrankung

OVER-BEAS

Erhebungsbogen OVER-BEAS - Strukturindikatoren

Datum der Erhebung: (TT/MM/JJJJ) ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

Zentrums-ID: ☐

Art der pflegerischen Versorgungsstruktur:

☐ Wohngemeinschaft

☐ Pflegeheim

☐ Ambulanter Pflegedienst (häusliche Versorgung)

Bitte füllen Sie diesen Erhebungsbogen für das Kalenderjahr ☐☐☐☐ **aus.**
(siehe Ausfüllhinweise für die ausführliche Erklärung der Begriffe)

1. BewohnerInnen

1.1 Anzahl der BewohnerInnen Ihrer Einrichtung ☐

1.2 Anzahl der invasiv beatmeten PatientInnen Ihrer Einrichtung ☐

1.3 Anzahl der nichtinvasiv beatmeten PatientInnen Ihrer Einrichtung ☐

2. Pflegepersonal (1)

2.1 Anzahl der angestellten Pflegehilfskräfte (2) in Ihrer Einrichtung ☐

2.2. Anzahl der angestellten Pflegefachkräfte (3) in Ihrer Einrichtung ☐

Zusätzlich für Pflegefachkräfte mit einem ausländischen Abschluss:

2.3. Anzahl der Pflegefachkräfte mit einem im Ausland erworbenen Abschluss ☐

2.4. Anzahl der Pflegefachkräfte mit einem in Deutschland anerkannten Abschluss ☐

2.5 Anzahl der angestellten Pflegefachkräfte Ihrer Einrichtung, die über eine oder mehrere der folgenden Zusatzqualifikation verfügen:

2.5.1 AtmungstherapeutInnen ☐

2.5.2. Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie- und Intensivpflege ☐

2.5.3 Pflegefachkräfte mit Berufserfahrung im Beatmungsbereich (mind 1 Jahr in den letzten 5 Jahren) ☐

2.5.4. Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation (4) ☐

2.5.5 Pflegefachkräfte die an regelmäßigen Notfallschulungen inkl. Schulungen zum notfallmäßigen Trachealkanülenwechsel im letzten Jahr teilnahmen ☐

2.6. Anzahl der Pflegefachkräfte, die im Durchschnitt pro Arbeitsschicht vor Ort sind ☐

2.7. Anzahl der auszubildenden Pflegefachkräfte in Ihrer Einrichtung (optional) ☐

3. TherapeutInnen (5)

3.1 Anzahl der angestellten TherapeutInnen in Ihrer Pflegeeinrichtung:

3.1.1 LogopädInnen

3.1.2 ErgotherapeutInnen

3.1.3 PhysiotherapeutInnen

3.2 Überprüfen Sie, ob die in Ihrer Pflegeinrichtung angestellten TherapeutInnen über eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung bzw. einem in Deutschland anerkannten Abschluss verfügen ○ Ja ○ Nein

3.3. Anzahl der TherapeutInnen in Ihrer Pflegeeinrichtung mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und einem in Deutschland anerkannten Abschluss:

3.3.1 LogopädInnen

3.3.2 ErgotherapeutInnen

3.3.3 PhysiotherapeutInnen

3.4. Anzahl der TherapeutInnen in Ihrer Pflegeinrichtung, die eine nachgewiesene Zusatzqualifikation bzw. Erfahrung im Bereich Intensivmedizin haben:

3.4.1 LogopädInnen

3.4.2 ErgotherapeutInnen

3.4.3 PhysiotherapeutInnen

3.5. Anzahl der externen TherapeutInnen, die in Ihrer Pflegeinrichtung arbeiten:

3.5.1 LogopädInnen

3.5.2 ErgotherapeutInnen

3.5.3 PhysiotherapeutInnen

4. Teilnahme an externen Qualitätszirkeln

Nehmen die Leitung und/oder Angestellte Ihrer Einrichtung zur Weiterbildung an externen Qualitätszirkeln teil? ○ Ja ○ Nein

Falls ja, wie oft: *(Anzahl pro Quartal eingeben)*

Q1 Q2 Q3 Q4

OVER-BEAS

5. Multidisziplinäre Fallkonferenzen (6)

5.1 Werden multidisziplinäre Fallkonferenzen zu den beatmeten PatientInnen durchgeführt? ○ Ja ○ Nein

Falls ja, wie oft: *(Anzahl pro Monat eingeben)*

Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez

5.2 Welche Berufsgruppen sind daran beteiligt?

☐ Pflegende ☐ HausärztIn ☐ PneumologIn ☐ AtemtherapeutIn ☐ Geräteprovider

☐ Kostenträger der außerklinischen Versorgung ☐ (Sozial-) PädagogIn ☐ PsychologIn

Sonstige:

☐ LogopädIn ☐ *intern* ☐ *extern*

☐ ErgotherapeutIn ☐ *intern* ☐ *extern*

☐ PhysiotherapeutIn ☐ *intern* ☐ *extern*

6. Früherkennung und Management von Komplikationen

6.1 Werden standardisierte Hilfsmittel zur Früherkennung von Komplikationen eingesetzt?

6.1.1 Dokumentation Stuhlgang ○ Ja ○ Nein

6.1.2 Wunddokumentation ○ Ja ○ Nein

6.1.3 Temperaturmessung ○ Ja ○ Nein

6.1.4 Dokumentation Vitalzeichen ○ Ja ○ Nein
(Blutdruck, Puls, Körpertemperatur, neurologischer ggf. mit Pupillenreaktion], ggf.Atemfrequenz)

6.1.5 Dokumentation Sauerstoffsättigung ○ Ja ○ Nein

6.1.6 Dokumentation Schmerz ○ Ja ○ Nein

6.1.7 Dokumentation Angst ○ Ja ○ Nein

6.1.8 DokumentationHyperventilation ○ Ja ○ Nein

6.1.9 Dokumentation von Auffälligkeiten ○ Ja ○ Nein

6.1.10 Sonstige:
(z.B. Protokoll für zerebrale Krampfanafälle; Fixierungsprotokoll; Schlaftagebuch)

6.2 Liegt in Ihrer Einrichtung eine standardisierte Arbeitsanweisung zum Umgang mit Komplikationen vor? ○ Ja ○ Nein
(z.B. Dislokation/ Verlegung der Trachealkanüle, Sättingsabfälle, etc.)

OVER-BEAS

7. Notfallmanagment und -konzepte bei beeinträchtigter Infrastruktur (7)

7.1 Von welchen Personen sind die Kontaktdaten vorhanden und werden turnusmäßig (8) überprüft?

7.1.1 Angehörige/ (gesetzlicher) BetreuerIn ☐

7.1.2 Betreuende/r AllgemeinmedizinerIn/ HausärztIn ☐

7.1.2 Betreuende/r PneumologIn/ AnästhesistIn ☐

7.1.4 Betreuendes Weaningzentrum ☐

7.1.5 Geräteprovider des Beatmungsgeräts ☐

7.2 Für welche Situation ist ein evaluierter Notfallplan vorhanden?

7.2.1 Brand ☐

7.2.2 Evakuierung *(z. B. bei Hochwasser)* ☐

7.2.3 Stromausfall ☐

7.2.4 Personalausfall/ Vertretungsplan ☐

7.3 Ist für **jeden/jede** PatientIn jederzeit ein Notfallset (9) vorhanden?	○ Ja ○ Nein
7.4 Wird in Ihrer Einrichtung mindestens einmal **jährlich** eine Notfallschulung mit den MitarbeiterInnen durchgeführt?	○ Ja ○ Nein

8. Hygienekonzept

8.1 Ist ein Hygieneplan/ eine standardisierte Arbeitsanweisung zur Infektionsprävention vorhanden? ○ Ja ○ Nein

8.2 Ist eine Pflegefachkraft als Hygienebeauftragte/r benannt? ○ Ja ○ Nein

8.3 Werden jährliche Schulungen bezüglich Hygiene durchgeführt? ○ Ja ○ Nein

8.3.1 Nimmt externes Personal teil? ○ Ja ○ Nein

9. Zugang zu apparativer Schluckdiagnostik

Steht ein Endoskop für die apparative Schluckdiagnostik zur Verfügung? ○ Ja ○ Nein

10. Soziale Betreuung

10.1 Werden die PatientInnen zur sozialen Teilhabe beraten? ○ Ja ○ Nein

10.2 Wird den PatientInnen eine soziale Betreuung angeboten? ○ Ja ○ Nein

10.3 Sind AlltagsbetreuerInnen für ~~die Patient~~InnenInnen angestellt? ○ Ja ○ Nein

10.3.1 Wenn ja, wie viele: [ ]

10.3.2 Wenn nein, erfüllt die Pflegekraft diese Aufgabe? ○ Ja ○ Nein

11. Erhebung Lebensqualität

11.1 Wird regelmäßig (10) ein Assessment bezüglich Lebensqualität, Teilhabe und/oder Aktivitätserhalt für invasiv bzw. nicht-invasiv beatmete PatientInnen durchgeführt? ○ Ja ○ Nein

~~11.2 Wenn ja, welche Assessment-Instrumente werden dabei verwendet?~~

[ ]

12. Hospitalisierung von PatientInnen

12.1 Anzahl der invasiv beatmeten PatientInnen, die aufgrund einer Akuthospitalisierung (11) **innerhalb der letzten 12 Monate** verlegt werden mussten [ ]

12.2 Anzahl der invasiv beatmeten PatientInnen, bei denen eine strukturierte Überleitung (12) bei Akuthospitalisierung **innerhalb der letzten 12 Monate** aus der ambulanten Beatmungseinrichtung erfolgte [ ]

OVER-BEAS

Ausfüllhinweise

(1) Alle Fragen beziehen sich auf Pflegekräfte in Ihrer Pflegeinrichtung, die beatmeten Patienten und Patientinnen im häuslichen Umfeld pflegen.

(2) Eine Pflegehilfskraft verfügt über eine Ausbildung als „Schwesternhelferin/ Pflegediensthelfer“ (120 Unterrichtseinheiten Theorie (eine Unterrichtseinheit entspricht 45 Minuten) und 80 Stunden Praktikum).

(3) Eine Pflegefachkraft verfügt über eine 3 jährige Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger, Kindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpfleger.

(4) Zusatzqualifikation in Form einer vollständigen Teilnahme an einem zertifizierten Kurs zur „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ (strukturierte, berufsbegleitende Fortbildung mit mindestens 120 Stunden). Solche Kurse müssen durch eine Zertifizierung von Fachgesellschaften qualitätsgesichert sein und mindestens den inhaltlichen Anforderungen der DIGAB e.V. entsprechen (vgl. https://digab.de/digab-kurse/).

(5) Alle Fragen beziehen sich auf TherapeutInnen in Ihrer Pflegeinrichtung, die beatmeten Patienten und Patientinnen im häuslichen Umfeld behandeln.

(6) Die Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ empfiehlt, dass Ärzte (Allgemeinmediziner und/oder andere Fachärzte), ein außerklinisches Pflegeteam (fachpflegerisch / assistiv), Geräteprovider zur Ausstattung mit den verordneten Hilfsmitteln und deren technischer Kontrolle, ein außerklinisches therapeutisches Team (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialpädagogen, Pädagogen, Psychologen) und Kostenträger an der außerklinischen Versorgung eines außerklinisch beatmeten Patienten beteiligt sein sollen. Diese Beteiligten an der Versorgung außerklinischer beatmeten Patienten sollen sich regelmäßig in Fallkonferenzen über die Gesundheits- und Versorgungssituation der Patienten austauschen.

(7) Beeinträchtigte Infrastruktur ist definiert als eine Notfallsituation, z.B. Brand, Notwendigkeit einer Evakuierung (z.B. bei Hochwasser), Stromausfall oder unerwarteter Personalausfall.

(8) Mindestens halbjährlich

(9) Inhalt eines Notfallsets: Ambubeutel mit passender Maske, eine 1 Nr. kleinere Trachealkanüle, eine Blockungsspritze, ein Trachealkanülenspreizer und ein Stethoskop

(10) Mindestens vierteljährlich

(11) Akuthospitalisierung ist definiert als eine Verlegung aus der ambulanten Einrichtung ins Krankenhaus aufgrund einer akute Erkrankung oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

(12) Eine Überleitung gilt als strukturiert, wenn:

- *Die Patientenakte und der Beatmungsordner unmittelbar verfügbar/einsehbar sind;*
- *Ein Überleitungsbogen vorbereitet ist;*
- *Die Patientenverfügung/-willenserklärung verfügbar/einsehbar ist;*
- *Eine Aufklärung über Betreuung und Behandlungsmöglichkeiten und Berücksichtigung des Patientenwillensstattgefunden hat;*
- *Ein Adapter für die DIN-Halterung für das Beatmungsgerät (zum Transport im RTW) vorhanden ist, und;*
- *Eine Begleitperson mit Kenntnis des Patienten bzw. der Patientin und mit Einweisung zum Beatmungsgerät abkömmlich ist.*