GKV-IPReG

Umsetzung und Probleme in der Versorgungspraxis:

Wird die außerklinische Intensivpflege jetzt stationär?

Wunsch und Wirklichkeit.

Christoph Jaschke
Deutsche Fachpflege Gruppe

© Christoph Jaschke

1969 Dr. med. Angelika Bockelbrink

- Gründung einer Wohngruppe für acht beatmete Menschen mit Polio in München

Pfennigparade
Das Rehabilitationszentrum in München

- Private Wohnmöglichkeiten auf dem Gelände der Pfennigparade für beatmete Menschen mit oder ohne Familie

© Christoph Jaschke

50 Jahre AIP

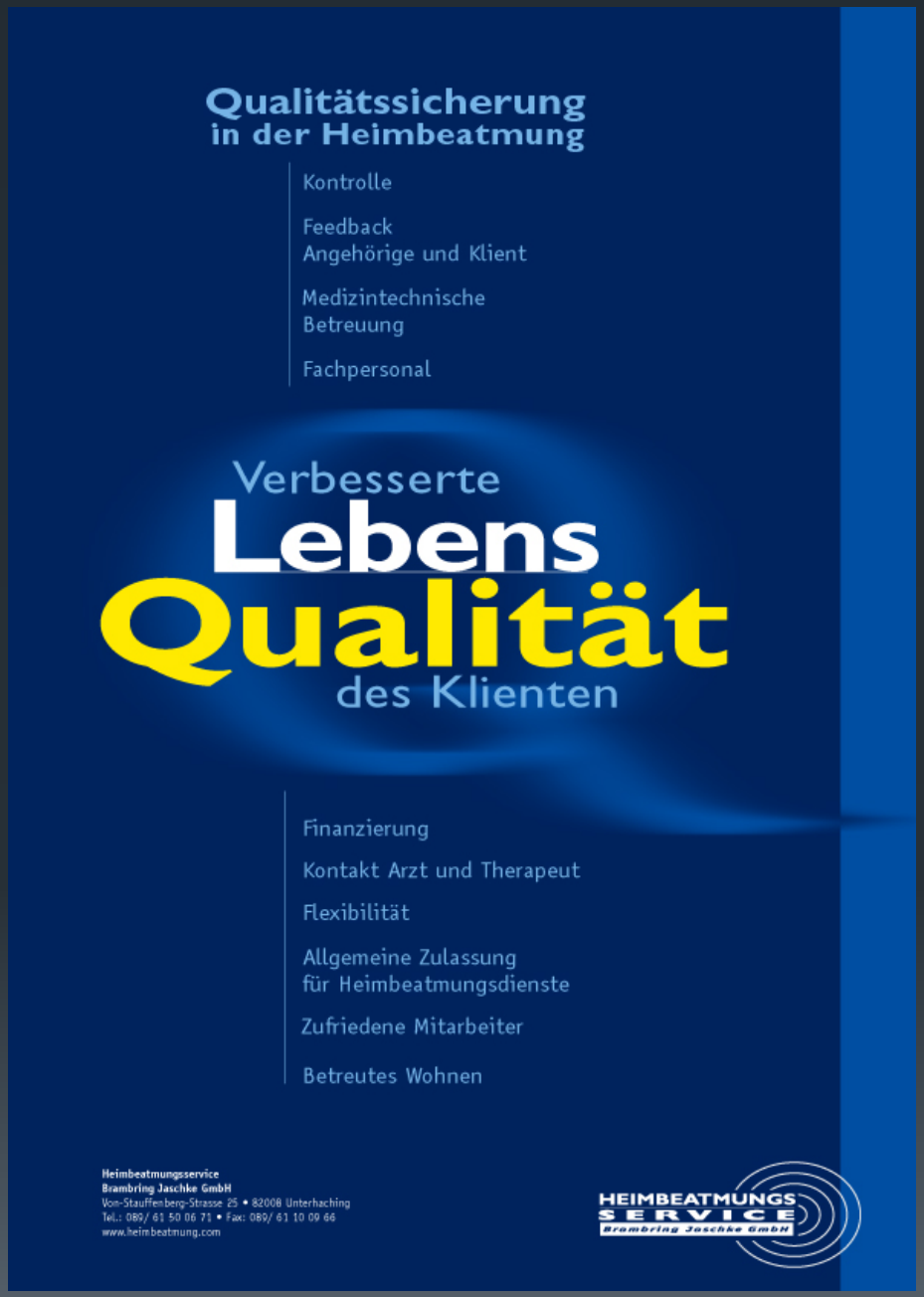
- Ohne klares Regelwerk wurde aus der Häuslichen Krankenpflege (HKP) heraus die Versorgung zu Hause ermöglicht.
- Improvisationsgeschick und Kreativität förderten eine rasante Marktentwicklung.
- Sozialrechtliche Auseinandersetzungen waren an der Tagesordnung.
- Starke Entwicklung der Medizintechnik

© Christoph Jaschke

50 Jahre AIP

- Einführung der DRGs und damit verbunden:
  Deutlich frühere Entlassungen
- Extremer Anstieg der Fallzahlen
- Da unregulierte Märkte zu pathologischen Auswüchsen tendieren, setzte diese Entwicklung auch in der AIP ein.

© Christoph Jaschke



© Christoph Jaschke

Krankheitsbilder/Fallzahlen klinisch (2018)

ICD G12 (z.B. ALS)	6.978
ICD G35 (z.B. Multiple Sklerose)	49.610
ICD G71 (z.B. Muskeldystrophie)	2.173
ICD G93 (z.B. Wachkoma)	13.659
ICD J44 (z.B. COPD)	246.863

© Christoph Jaschke

Krankheitsbilder/Fallzahlen außerklinisch

Auswertung von 1914 Gutachten (MDK Nordrhein)
im Zeitraum vom 2015 bis 2020*

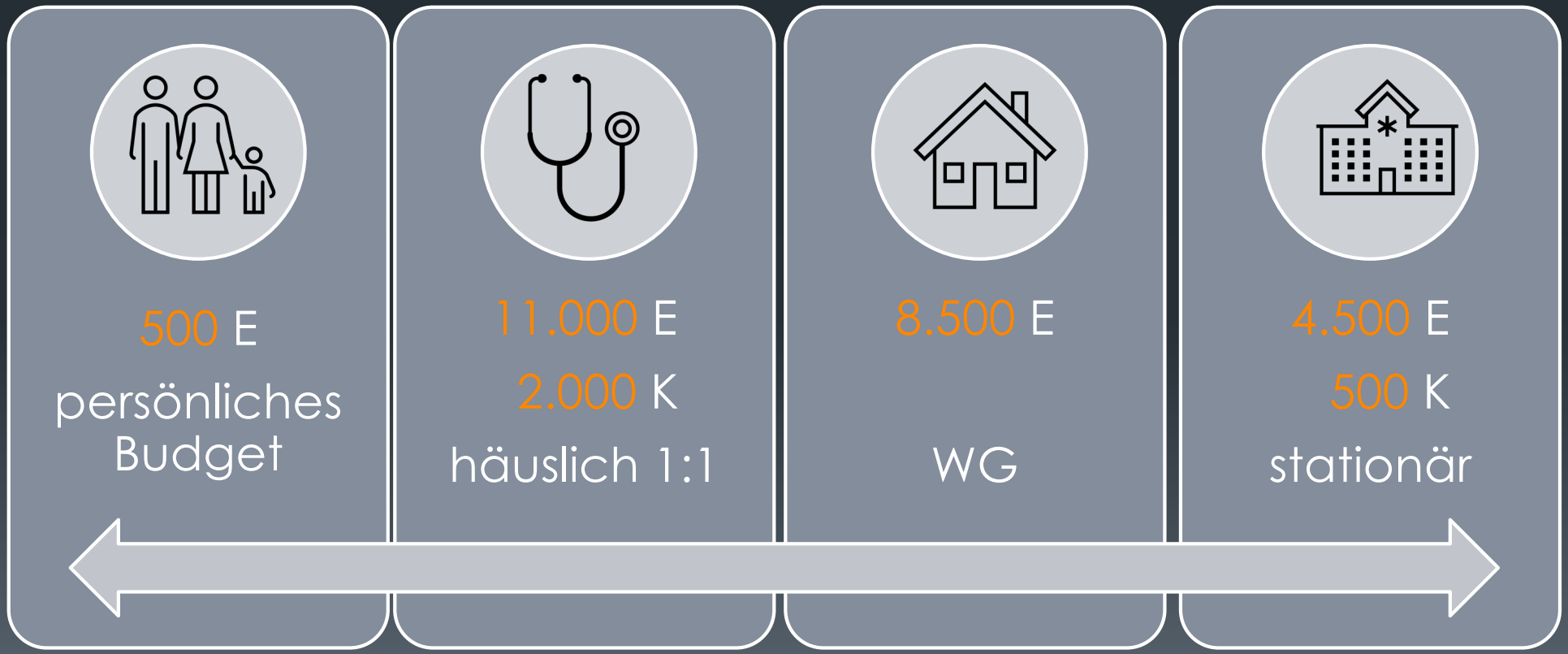
Gruppe	Anzahl (n = 1914)
Neurologische Diagnosen (Schlaganfall, Gehirnblutungen)	647
Pneumologische Diagnosen (COPD, Pneumonie, ARDS)	500
Kardiologische Diagnosen (Herzinsuffizienz, Herzinfarkt)	277
Neuromuskuläre Diagnosen (ALS, Muskeldystrophien)	199
postoperative Fälle	118
Larynx/ Atemwege (Tumore)	109
sonstige Ursachen (Suizide etc.)	64

Große Mehrheit der Patientinnen und Patienten haben multiple Diagnosen bzw. Komorbidität:

In 77% der Fälle wurden mehr als 6 Diagnosen dokumentiert.

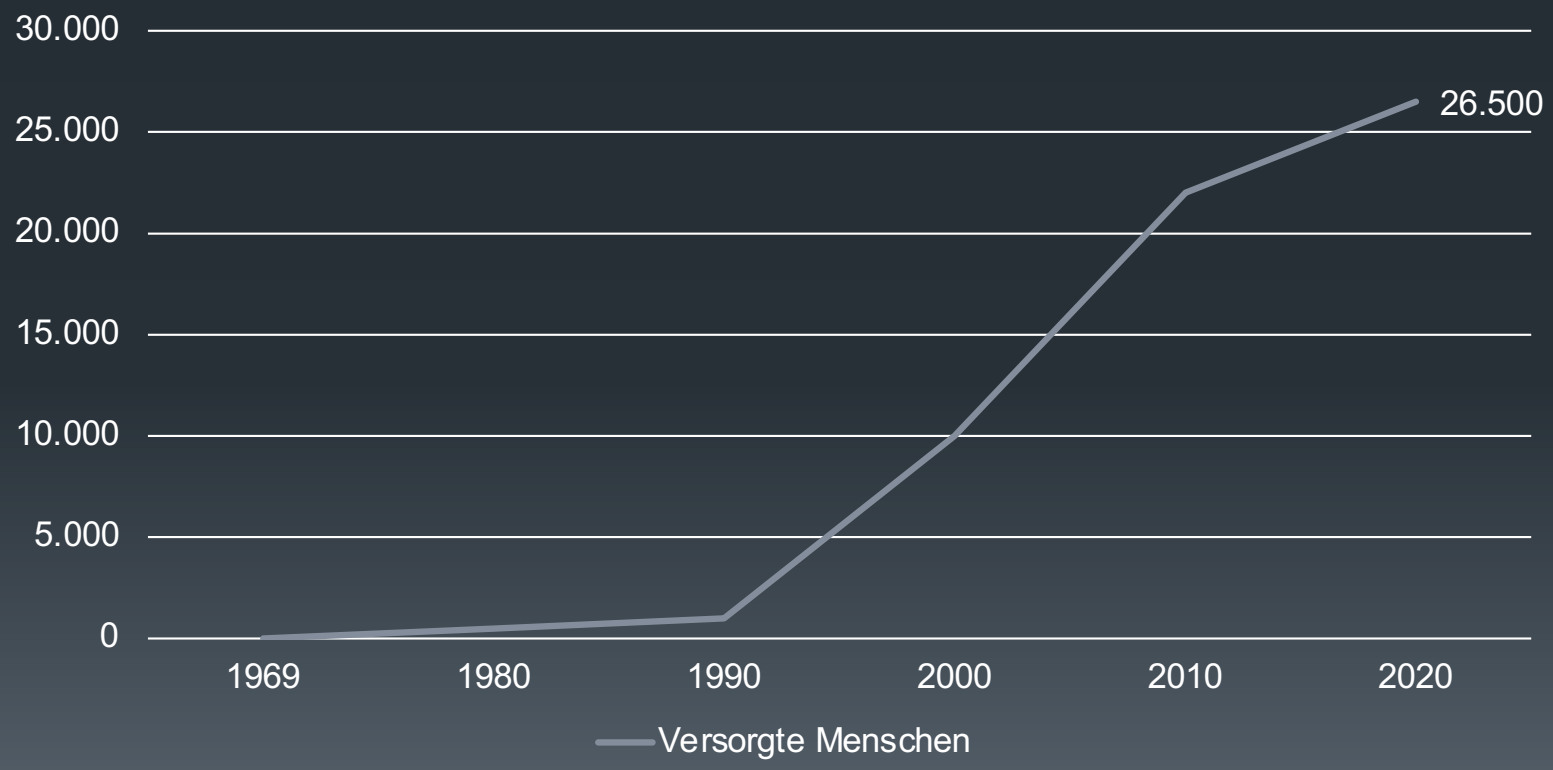
© Christoph Jaschke

26.500 Versorgungen



© Christoph Jaschke

Versorgte Menschen



© Christoph Jaschke

1.750 AIP-ANBIETER

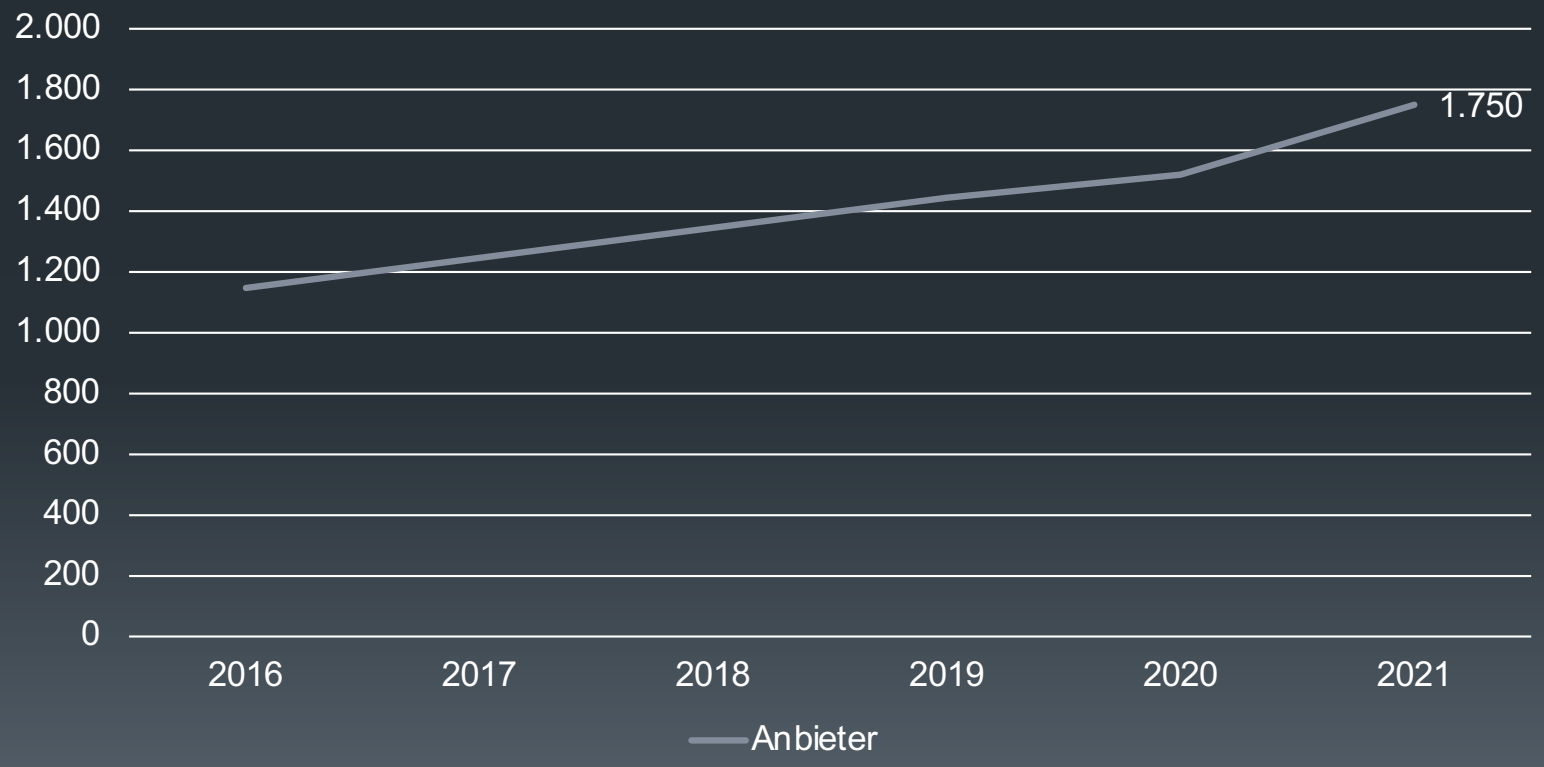
1.600
Pflegedienste

1.150
Wohngemeinschaften

150
stationäre Versorger

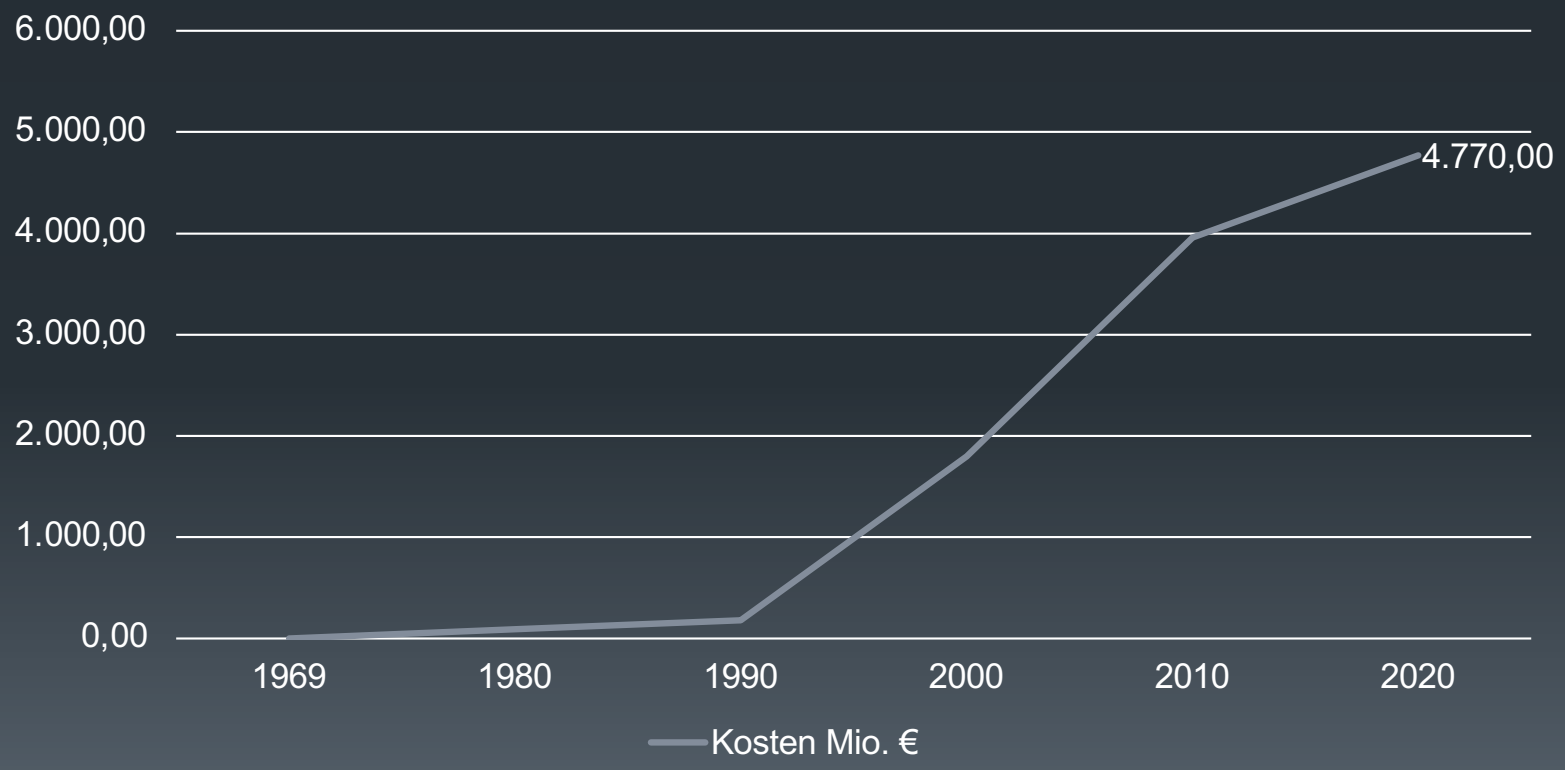
© Christoph Jaschke

AIP-Anbieter



© Christoph Jaschke

Versorgungsvolumen Mio. €



© Christoph Jaschke

GKV-IPReG

- Inkrafttreten: 31.10.2020
- G-BA AIP-Richtlinie 31.10.2021
  - Kinder & Jugendliche bis 18. Lebensjahr
  - Erwachsene
- Bundesrahmenempfehlungen 31.10.2022
- Bericht GKV Spitzenverband Ende 2026

© Christoph Jaschke

Ziele des GKV-IPReG

- Fachärztliche Expertise in der außerklinischen Versorgung erhöhen
- Weaningpotentiale lokalisieren und heben
- Klare Trennung von SGB V, SGB XI und SGB IX Leistungen
- Stationäre Versorgungsstrukturen stärken

© Christoph Jaschke

Fachärztliche Versorgung - klinisch

780	Pneumologie
176	Kinder-Pneumologie
8.328	Intensivmedizin
19.355	Anästhesie
5.259	Neurologie

33.898

(Stand 31.12.2019)

© Christoph Jaschke

Fachärztliche Versorgung - außerklinisch

- 495 Pneumologie
- 91 Kinder-Pneumologie
- 199 Intensivmedizin
- 4.352 Anästhesie
- 2.237 Neurologie

7.374 (Stand 31.12.2019)

57 Beatmungs- & Weaningzentren

© Christoph Jaschke

Allgemeinmediziner

30.975

2.369 (Stand 31.12.2019)

© Christoph Jaschke

Studie „Außerklinische ärztliche Versorgung beatmeter Patienten aus Sicht der Pflegedienste“

Studienergebnisse: Pflegedienste

63 Pflegedienste nahmen teil, Daten von insgesamt 956 beatmungspflichtigen Patienten wurden ausgewertet, davon:

- 653 (73%) mit invasiver Beatmung,
- 250 (26%) mit nicht-invasiver Beatmung und
- 11 (1%) mit Zwerchfellschrittmacher

Hauptergebnisse:

1. Hausärztliche Versorgung war grundsätzlich gegeben, doch nur bei 68% regelmäßige Hausbesuche,
2. Bei 55% der Patienten waren Fachärzte eingebunden, die qualifiziert waren für außerklinische Beatmung, eine ärztliche Betreuung vor Ort fand nur bei 28% der Patienten statt,
3. Bei nur 46% der Patienten Anbindung an ein Weaningzentrum, 4,19% der Pflegedienste müssen für die ärztliche Tätigkeit eigenständige Mittel aufwenden.

Quelle: Pneumologie 2017; 71(S 01): S1 – S125 RH Glaser, JH Storre, D Dellweg

© Christoph Jaschke

Außerklinische ärztliche Versorgung beatmeter Patienten aus Sicht der Pflegedienste

Studienergebnisse: Klienten

397 Patienten nahmen an teil, Ergebnis nach Auswertung von 379 Fragebögen:

- 82 (22%) mit invasiver Beatmung,
- 288 (76%) mit nicht-invasiver Beatmung und
- 4 (1%) mit Zwerchfellschrittmacher.

Hauptergebnisse:

1. 29% der invasiv beatmeten Patienten und 59% der nicht-invasiv beatmeten Patienten haben Kontakt zu einem Lungenfacharzt.
2. Notfälle in der invasiven Beatmung: Bei 62% handelte der betreuende Pflegedienst, bei 29% der Patienten auch Kontakt zu Krankenhausärzten, eine untergeordnete Rolle (4%) spielt ein Lungenfacharzt.
3. Bei Notfällen in der nicht-invasiven Beatmung spielt der Kontakt zum Krankenhausarzt mit 45% die größte Rolle, gefolgt vom Lungenfacharzt (32%) und Hausarzt (29%).

Quelle: Pneumologie 2017; 71(S 01): S1 – S125 RH Glaser, JH Storre, D Dellweg

© Christoph Jaschke

Stationär vor ambulant

- Vollkostenübernahme seit Januar 2021
- Wettbewerbsvorteil für die stationäre Versorger, da die Klienten das günstigste Angebot nehmen
- Regional starker Fokus auf stationärem Überleitungsmanagement

© Christoph Jaschke

Aktuelle Marktentwicklung

- Kooperation mit niedergelassenen Fachärzt*innen und Beatmungszentren
- Massive Personalakquise sowie Fort- und Weiterbildung im atmungstherapeutischen Bereich
- Digitalisierung der Dokumentation, Einführung von Telemedizin und Videovisiten

© Christoph Jaschke

Weaning um jeden Preis

Weaning ist ein sehr komplexer Vorgang mit verschiedenen Abstufungen, die von „einfachem“ bis „erfolglosem“ Weaning reichen.

Schon immer stellte sich die Frage, wer ein Weaningpotential feststellen kann und darf. Entscheidend ist die Diagnose-stellung: „Wenn die Diagnose, erfolgloses Weaning korrekt gestellt worden ist, zeigt sie an, dass zum Entlassungszeitpunkt kein Weaningpotential mehr vorhanden ist.“ (S2k-Leitlinie, Revision 2017, S. 65)

Das GKV-IPReG fokussiert sich auf die Entwöhnung, um außerklinische Beatmung zu reduzieren.

© Christoph Jaschke

Weaning um jeden Preis

Das GKV-IPReG soll sicherstellen, „dass keine voreilige Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung durch dafür fachlich qualifizierte Ärztinnen und Ärzte erfolgt.“

- Durch die aktuelle Sondervergütung werden deutlich mehr Patient*innen in den Kliniken geweant.
- Werden hier neue “Fehlanreize“ geschaffen?
- Es muss dringend untersucht werden, wie die Überlebensraten unter diesen neuen Voraussetzungen sind.

© Christoph Jaschke

Weaning in der außerklinischen Intensivpflege?

- **Nein, denn:** „Beatmungsentwöhnungsversuche sollten im außerklinischen Bereich wegen mangelnder wissenschaftlicher Evidenz und aus Gründen der Patientensicherheit jedoch unterbleiben.“ (S2k_Leitlinie, S. 65)
- **Weaning ist nicht alles:** Eine hohe Anzahl von Betroffenen, die nicht beatmet wird, ist dennoch permanent vital gefährdet.
- Sollte man sich deshalb auf die Terminologie „Sicherstellung der Vitalfunktion Atmung“ verständigen?

© Christoph Jaschke

Qualifikation x Quantität = Qualität

Die Versorgungsqualität kann nicht verbessert werden, wenn wir

- mit immer weniger Personal,
- immer mehr Menschen,
- mit immer komplexeren Krankheitsbildern,
- in immer größeren Versorgungseinheiten

versorgen. Deshalb muss massiv in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Arbeitsplatzentwicklung investiert werden.

© Christoph Jaschke

Digitalisierung

- Knappe Personalressourcen und aufwändige Qualitätssicherungssysteme befördern die Digitalisierung.
- Transfer von Knowhow und die Übermittlung von Daten müssen über Telemedizin und Videovisiten erfolgen.
- Vernetzung und sektorenübergreifende Zusammenarbeit sind ohne IT nicht denkbar.
- Der Staat sollte hier Standards setzen und datenschutzrechtliche Bedenken ausräumen.

© Christoph Jaschke

Wird die außerklinische Intensivpflege jetzt stationär?

- Nein, aber sie wird definitiv stationärer.

Das neue Angebot wird auf Grund des eklatanten Personalmangels und der wirtschaftlichen Attraktivität sicherlich stark nachgefragt.

© Christoph Jaschke

Quellen

- Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de
- Statistische Landesämter
- Pflegedatenbank von www.pflegemarkt.com
- Anästhesie-Netz Deutschland e.V. (AND), www.anaesthesie-netz-deutschland.de
- Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V., www.digab.de
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, www.dkgev.de
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen, www.mdk.de
- RH Glaser, JH Storre, D Dellweg, Außerklinische ärztliche Versorgung beatmeter Patienten. In: Pneumologie 2017; 71(S 01): S1 – S125
- Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG), 23.20.2020, www.bgbl.de

© Christoph Jaschke

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Christoph Jaschke

Leiter Innovation & Öffentlichkeitsarbeit
Kongresspräsident MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress

Deutsche Fachpflege Holding GmbH
Stefan-George-Ring 23, 81929 München

M: +49 (0) 174 333 6363

jaschke@deutschefachpflege.de

www.deutschefachpflege.de
www.maik-online.org

© Christoph Jaschke