



Klinikverbund
Allgäu

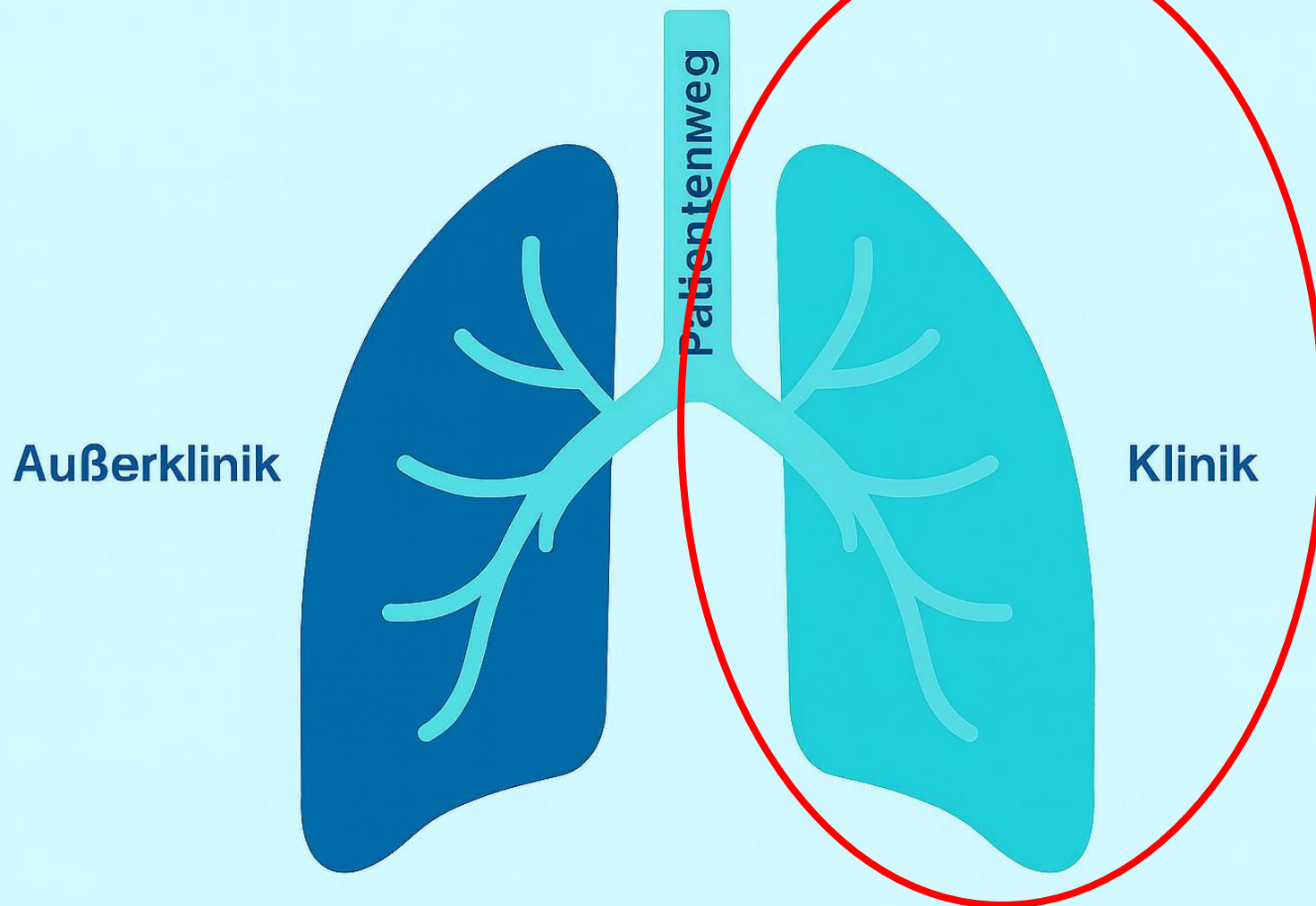
Intersektoralität

Klinik und Ausserklinik: zwischen den Stühlen oder genau richtig?

Dr. Kathrin Schumann-Stoiber

Leitende Ärztin Weaning

Innere Medizin, Pneumologie, Notfall- und internistische Intensivmedizin, Palliativmedizin





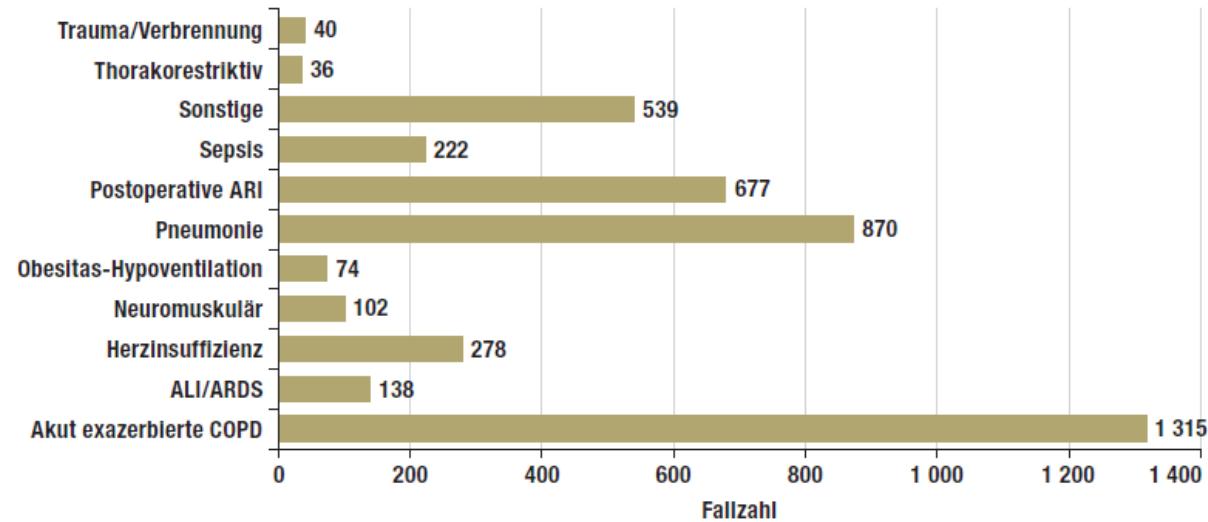
- >15 Jahren auf Intensivstationen tätig
- >10 Jahren zunehmende Spezialisierung pneumologische Intensiv- /Beatmungsmedizin
 - Therapie der ARF mit HighFlow und NIV
 - ARDS Beatmung inklusive Ösophagusdrucksonde, NAVA
 - vvECMO- Team
 - >8 Jahre Prolongierten Weaning
 - Erstzertifizierung durch DGP 2023 des Weaningzentrums des Klinikverbund Allgäu
 - Post-Weaning-Care
- >5 Jahren strukturiertes Überleitmanagement für 24/7 Intensivpflege
- >3 Jahre Betreuung von AKI Patienten im Rahmen des IPREG
- >2 Jahre persönliche Ermächtigung durch die KV Bayern zur Betreuung AKI Patienten in der Häuslichkeit und eigene Sprechstunde am Klinikum Immenstadt
- >70 tracheotomierte und/oder beatmete Patienten in der Mitbetreuung

Häufigste Ursachen und Entwöhnungsdauer



GRAFIK

Ursachen der respiratorischen Insuffizienz mit nachfolgender Intubation und prolongierter Entwöhnung
in 71 Weaningzentren



Spitzenreiter der Ursachen für das Weaning sind die akut exazerbierte COPD, die Pneumonie sowie die postoperative akute respiratorische Insuffizienz (ARI).

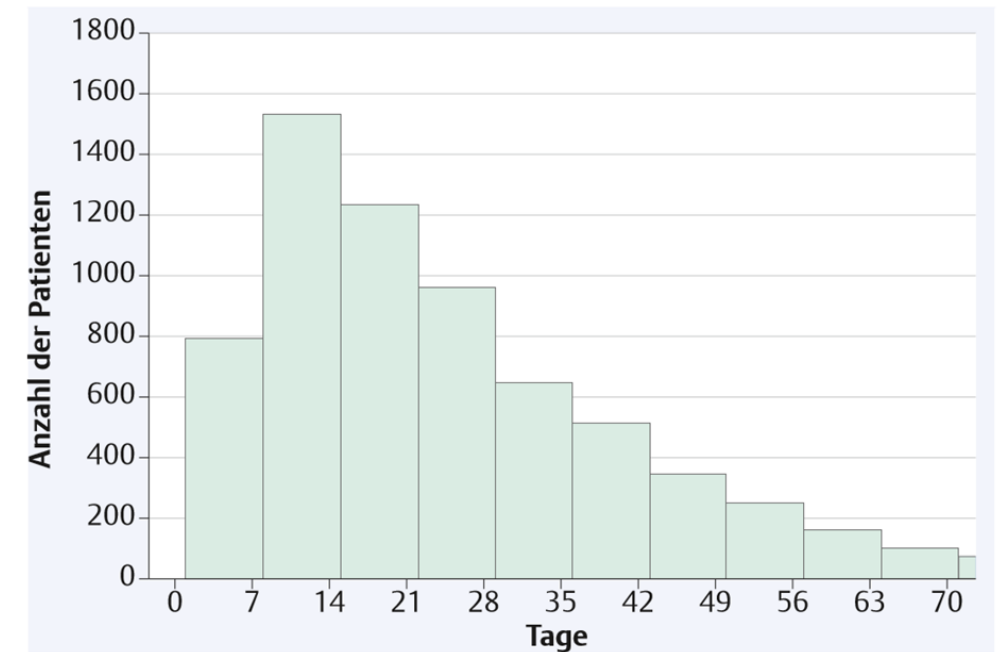


Abb. 2 Entwöhnungsdauer der Studienpatienten.

Schönhofer et al., [Dtsch Arztebl 2011; 108\(51-52\): A-2768 / B-2310 / C-2278](#)

Weaning – Klassifikation- Um welche Patienten geht es?



Tab. 1: Internationale Weaning-Klassifikation [17]. SBT=Spontaneous Breathing Trial (Spontanatmungsversuch).

Gruppe	Kategorie	Definition
1	einfaches Weaning	erfolgreiches Weaning nach dem ersten SBT und der ersten Extubation
2	schwieriges Weaning	erfolgreiches Weaning nach initial erfolglosem Weaning spätestens beim 3. SBT oder innerhalb von 7 Tagen nach dem ersten erfolgreichen SBT
3	prolongiertes Weaning	erfolgreiches Weaning erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolgreichen SBT

60%

25%

15%

3a – Erfolgreiches prolongiertes Weaning von der invasiven Beatmung ohne Fortsetzung einer Langzeit-NIV		
3aI	mit Extubation/ Dekanülierung	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung mit Extubation/Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolgreichen SBT mit oder ohne passagere NIV
3aII	ohne Dekanülierung	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung ohne Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolgreichen SBT
3b – Erfolgreiches prolongiertes Weaning von der invasiven Beatmung mit Fortsetzung einer NIV		
3bI	mit Langzeit-NIV ohne zusätzlichen Pflegebedarf	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung mit Extubation/Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolgreichen SBT und nur mittels Einsatz der NIV, welche nach Abschluss des Weaning-Prozesses selbstständig im Sinne einer außerklinischen Beatmung fortgesetzt wird
3bII	mit Langzeit-NIV und zusätzlichem Pflegebedarf	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung mit Extubation/Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolgreichen SBT und nur mittels Einsatz der NIV, welche nach Abschluss des Weaning-Prozesses im Sinne einer außerklinischen Beatmung fortgesetzt wird, wobei ein weiterer Behandlungsbedarf besteht.
3c – Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung		
3cI	Mit außerklinischer Fortsetzung der invasiven Beatmung	Erfolgreiches Weaning mit Fortsetzung einer invasiven Beatmung via Tracheostoma nach Abschluss des Weaning-Prozesses im Sinne einer invasiven außerklinischen Beatmung
3cII		Erfolgreiches Weaning mit Tod des Patienten in der Klinik

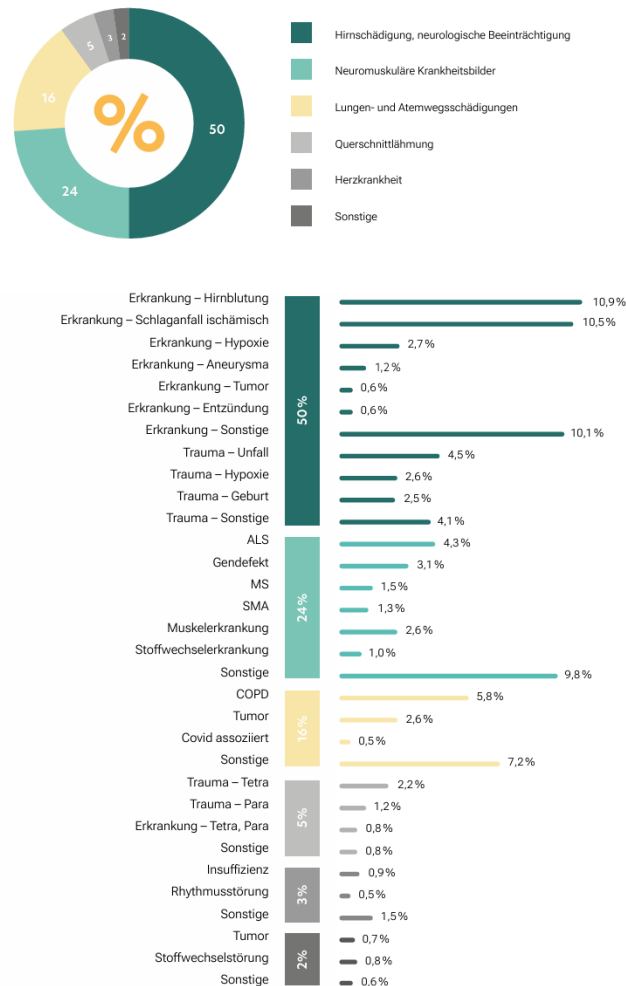
45%

20%

21%

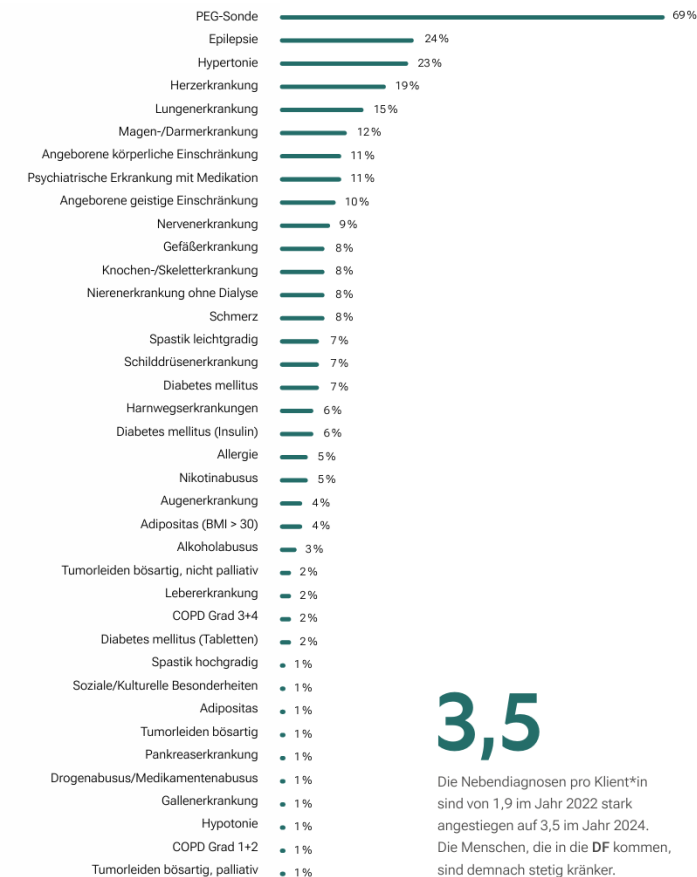
14%

AUFNAHMEGRÜNDE



NEBENDIAGNOSEN

Nebendiagnosen allein führen nicht zur Intensivpflegebedürftigkeit. Daher werden sie in der Dokumentation klar von den Aufnahme Gründen getrennt. Sie werden erhoben, weil sie entscheidend für den Pflegeaufwand sind – denn pro Klient*in aufsummiert ergeben sie ein Bild von der Morbidität, also der Schwere der Erkrankung der Betroffenen.



3,5

Die Nebendiagnosen pro Klient*in sind von 1,9 im Jahr 2022 stark angestiegen auf 3,5 im Jahr 2024. Die Menschen, die in die DF kommen, sind demnach stetig kränker.

Warum Patienten weiter mitbetreuen?

- Patienten im prolongierten Weaning = komplexe Langzeitverläufe, egal ob mit oder ohne Beatmung
- Versorgung endet oftmals NICHT mit der Entlassung aus dem Weaningzentrum
- → „Zwischen den Stühlen: Klinik \leftrightarrow Ausserklinik“
- Zielsetzung: Weiterversorgung über den stationären Aufenthalt hinaus
- → Kontinuität, Sicherheit und Lebensqualität für den Patienten

Versorgungsweg eines AKI Patienten



- → ABER oftmals Versorgungsbrüche nach Entlassung, Kommunikations- und Strukturdefizite, wer übernimmt jetzt welche Verantwortung?

Wo sehe ich meine Rolle?

Intensivmedizin, Leitung Weaningzentrum, Kochen, Kind und Kegel



08:43 5%   

< April   

DIENSTAG – 1. APR. KW 14

Mädchenturnen 18:00
19:30

MITTWOCH – 2. APR. KW 14

IPREG MM Ganztägig

Waldtag Leo Ganztägig

Hyundai 11:30
12:30

Lungen-/ILD-/Emphysemboard 14:00
@ Lifesize Ärzte-Besprechung + Kl... 15:00

Kieferorthopädie Valerie 14:50
15:50

Erstkommunion Gruppenstu... 16:15
17:15

Elternbeirat Sitzung 19:00
20:00

DONNERSTAG – 3. APR. KW 14

Heute Kalender Eingang

Wo ist meine Rolle in der Schnittstelle?

- Klinikärztin mit ambulanter Versorgungsermächtigung für AKI I
- Halbjährliche Vor-Ort Visiten am Bett in den Wohngemeinschaften IPREG zur Potentialerhebung 62A
- Zusätzlich Verordnungsmöglichkeit spezieller pneumologischer Heilmittel genehmigt → keine ambulante Vorstellung bei einem Pneumologen notwendig
- Spezialisierte Ambulanz für AKI Patienten am Standort Klinik I
Patienten in der häuslichen 1:1 Betreuung vorhanden
- Telemedizinische Visiten möglich → spart extrem Ressourcen
- → ermöglicht langfristige Mitbetreuung der Patienten, statt nur
- Fokus liegt hier auch in der Prävention von Komplikationen und

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Krankengemeinschaft
Versicherten-Nr.
Status
Behandlungs-Nr.
Art-Nr.
Datum

Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA 62A

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NV-Versuch, FEES, Entblockversuche)

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung
Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen ☐ geplanter Termin ☐

Potenzial kann perspektivisch vorliegen ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung
erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung
Begründung

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.
☐ Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Weitere Erläuterungen

Ergebnis der Erhebung festgestellt am ☐
Erneute Erhebung geplant am ☐

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Muster 62Aa (1.2023)



- Übergangsprozess ist oftmals unvollständig
 - Z.B. es sind noch nicht alle notwendigen Materialien vorhanden
 - Es werden keine Medikamente von der entlassenden Klinik mitgeliefert
 - Der (neue) Hausarzt ist bei Entlassung für die WG nicht gleich greifbar
 - Arztbrief ist insuffizient, es besteht noch i.v. Medikation, bisher keine Umstellung der Medikamente erfolgt
 - Wunden werden vorab nicht klar kommuniziert
 - Patient kommt schlechter als angekündigt in der WG an
 -
 - → Verantwortlichkeit nach Entlassung aus der Klinik manchmal unklar
 - Hausärzte & Pflegedienste oftmals nicht ausreichend eingebunden
 - → Häufige Klinikrückverlegungen

Fallbeispiel: „Verloren nach Entlassung“

- Mitte 60jähriger Patient, Z.n. Sturz in der Häuslichkeit und US-Fraktur, Adipositas per magna BMI 45
- Wundheilungsstörung, Lappenplastik, respiratorische Insuffizienz bei OHS, Tracheotomie, Verlegung Weaningzentrum
- Erfolgreiche Dekanülierung und Überleitung NIV >16h/d, Gruppe 3bII und Beginn einer Semaglutid (GLP-1-Rezeptoragonist-Therapie)
- Überleitung 24/7 Intensivpflege → Therapieziel:
 - Reduktion des Körpergewichts um 10-15% in den kommenden Monaten
 - Wiederherstellung der Eigenständigkeit,
 - Reduktion der NIV Phasen → nächtlichen Ventilationstherapie
 - Entlassung in die Häuslichkeit

Fallbeispiel „Verloren nach Entlassung“

- Verlauf:
 - Mehrfache stationäre Aufenthalte bei rez. uroseptischen Verläufen
 - Kein Urologe für Puffi-Anlage gefunden
 - Mehrfache Diskussion über End-of-life Strategien
 - HA kein Befürworter der „Abnehmspritze“ → Semaglutid wurde nicht aufdosiert → keine relevante Gewichtsreduktion erfolgt
 - NIV-Phase konnte nicht verkürzt werden
 - „Kalorienzufuhr“ kann in der Häuslichkeit nicht ausreichend kontrolliert bzw. vorgeschrieben werden
 - Patient frustriert, Vorschlag zur Vorstellung für bariatrische OP abgelehnt
 - → KEINE Befundänderung, Frustration auch bei mir (Therapiekonzept eigentlich im Entlassbrief klar vorgegeben)
 - → Oktober 2025 erneute Verordnung 62A, Erhöhung Semaglutid empfohlen

- Vorteile:
 - Spezialisierte Versorgung auch außerhalb der Klinik
 - (gewisse) Kontinuität durch regelmäßige Verlaufskontrollen
 - Oftmals bessere Koordination zwischen
 - Hausärzten,
 - Pflegedienst,
 - Therapeuten wie z.B. Logopädie
 - Zuständiger Krankenkasse
 - → mehr Sicherheit für alle Beteiligten, Präventionsmaßnahmen frühzeitig ergreifen
- Mögliche Nachteile:
 - Konflikte mit zuständigen Hausärzten
 - Mehrbelastung der Klinikärzte
 - Fehlende Einblicke in gewisse ambulante Strukturen führen zu Unverständnis

1. **Persönliche Ermächtigungen** sind vom Zulassungsausschuss bedarfsabhängig¹ zu erteilen und dienen dazu, Versorgungslücken in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu schließen. Solche Versorgungslücken können sich ergeben aus
 - bestehender oder unmittelbar drohender Unterversorgung
 - der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs
 - der Notwendigkeit der Versorgung eines begrenzten Personenkreises (z.B. Rehabilitanden)
 - dem Fehlen besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse (betrifft persönliche Ermächtigungen von Krankenhausärzten, von Ärzten in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vorsorgevertrag nach

¹ Ausnahme: Ermächtigung eines in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arztes zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen gem. § 119b Abs. 1 S. 4 SGB V.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Stand: 08.03.2023

Seite 2



Allgemeine Informationen zum Thema
Ermächtigungen

§ 111 Satz 2 SGB V besteht, oder von Ärzten, die nach § 119b Abs. 1 Satz 3 SGB V in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind)

Persönliche Ermächtigungen sind sachlich, räumlich und zeitlich beschränkt zu erteilen. In aller Regel werden sie beschränkt auf bestimmte Leistungen und auf zwei Jahre befristet erteilt. **Bei Erst- aber auch Wiedererteilung ist die Notwendigkeit der Ermächtigung durch eine Bedarfsprüfung festzustellen.** Dabei gilt der Vorrang der Leistungserbringung durch niedergelassene Vertragsärzte und MVZ. Diese können auch die Rechtmäßigkeit von Ermächtigungen gerichtlich überprüfen lassen, soweit sie davon betroffen sind.



- Fast NUR Vorteile:
 - Direkte Kontaktaufnahme durch Einrichtung bei Problemen möglich
 - Schnelle Einschätzung & Therapieanpassung
 - Wegfall von oftmals überflüssigen Transporten, Ambulanzterminen oder sogar stationären Aufnahmen
 - Sicherheit für Patienten und Pflegeteams
- Nachteil:
 - Keine klinische Untersuchung möglich wie z.B. Auskultation
 - „eigenes Bild machen“ schwierig, „blindes“ Vertrauen in die betreuende Pflegekraft
- Wie machen wir's:
 - Erstvorstellung IMMER vor Ort, danach Telemedizin und Ambulanzvorstellung oder Visite vor Ort im Wechsel

> Apnoen

AHI: 3.6 Ereignisse/Stunde Ø | AI: 0.0 Ereignisse/Stunde Ø | HI: 3.6 Ereignisse/Stunde Ø

> Druck

Typ

Betrifft

Text

Atmungstherapie



epikritische Einschätzung/Therapieempfehlung

☒ "Betrifft" erscheint in der FK

Atmungstherapeutischer Verlauf:

30.01.:(Herz) Die Beatmungswg in [REDACTED] hat uns telefonisch kontaktiert. Die Beatungsmaschine (Astral) von Herr Weiße bringt sehr oft den Alarm MVe unter 3,0 l/min. Nach Sichtung der AirView Beatungsdaten und aktuellen Kap BGA Kontrollen empfehlen wir die Beatungstherapie anzupassen. Der Patient verweigert weiterhin eine Einweisung ins Krankenhaus. Eine erneute Kap BGA Kontrolle ein Tag nach der Umstellung wurde empfohlen.

Somit ergeben sich aktuelle Einstellungen an der Astral:

Programm 1 Maske

Interface: Maske (AirFit F30 Gr. M)

Beatungsmodus: APCV SV ohne Sauerstoffzufuhr, (b.Bed 1-2l/min O2 bei SpO2<90)

IPAP: **15,0** cmH2O

Max. IPAP: **22,0** cmH2O

PEEP: 3,0 cmH2O

Atemfrequenz: 13 bpm

Ti.: 1,10 sec;

Druckanstiegszeit: 400 ms

Sicherheits Vt: 370 ml

Trigger: 3 Mittel

Alarneinstellung:

Druck tief: EIN

Druck hoch: 40,0 cmH2O

Atemfrequenz tief: 4 bpm

Atemfrequenz hoch: 42 bpm

Puls tief: 30 bpm

Puls hoch: 150 bpm

FiO2 tief: AUS

FiO2 hoch: AUS

SpO2 tief: 85%

SpO2 hoch: AUS

PEEP tief: EIN

Beatmung angehalten: AUS

Leckage: 80 l/min

Maske ohne Luftauslaß / Rückatmung: EIN

Vte tief: 50 ml

Vte hoch: 2800 ml

MVe tief: **2,0** l/min

MVe hoch: 32,0 l/min

Diskonnektionsalarm: EIN

Diskonnektionstoleranz: 95 % Alarmaktivierungszeit 30 s

Beatmung angehalten: AUS

Apnoereaktion: nur Alarm

Apnoe-Detektion: kein AZ

T Apnoe: 20 sek.



> Minutenvolumen

Medianwert: 6.2 l/min Ø

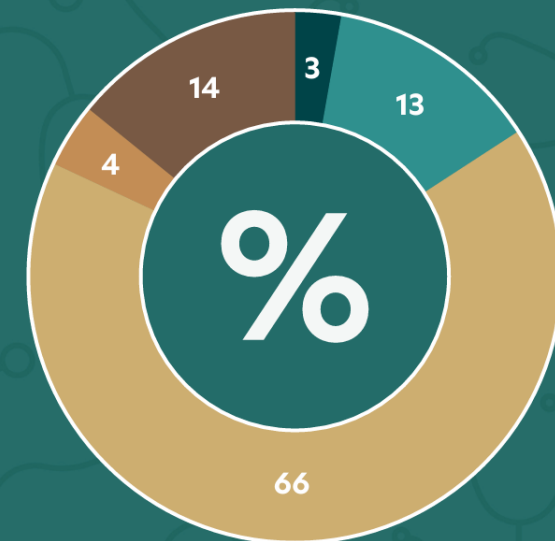
Wo ist die Realität?

ENTWÖHNUNGSPOTENZIAL IN ZAHLEN

Potenzial für Entwöhnung
bzw. Dekanülierung gemäß IPReG

	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
1 Es liegt Potenzial zur Beatmungsentwöhnung vor	- 0 %	6 1 %	6 1 %
2 Es liegt Potenzial zur Dekanülierung vor	4 1 %	17 3 %	21 2 %
1+2 Es liegt Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und zur Dekanülierung vor	3 1 %	4 1 %	7 1 %
3 Es kann perspektivisch Potenzial zur Beatmungsentwöhnung vorliegen	16 3 %	13 3 %	29 3 %
4 Es kann perspektivisch Potenzial zur Dekanülierung vorliegen	19 4 %	55 11 %	74 7 %
3+4 Es kann perspektivisch Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und zur Dekanülierung vorliegen	3 1 %	19 4 %	22 2 %
5 Kein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung	50 11 %	26 5 %	76 8 %
6 Kein Potential zur Dekanülierung	141 30 %	237 46 %	378 38 %
5+6 Kein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und zur Dekanülierung	108 23 %	90 17 %	198 20 %
7 In 2 Jahren, 2 Mal in Folge keine Besserung erhoben	- 0 %	6 1 %	6 1 %
8 Erhebung zu Therapieoptimierung ist nicht mehr angezeigt	13 3 %	17 3 %	30 3 %
9 Klient*in ist nicht beatmet und nicht kanüliert	115 24 %	26 5 %	141 14 %
Gesamtergebnis	472 100 %	516 100 %	988 100 %

EV = Einzelversorgung, WG = Wohngemeinschaft



Klient*innenverteilung gesamt in %

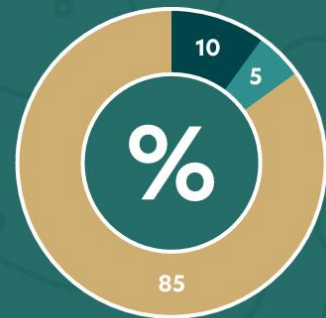
Bei einem Großteil der Klient*innen in der Intensiv- und Beatmungspflege liegt weder Potenzial zur Beatmungsentwöhnung noch zur Dekanülierung vor. Zu diesen 66 % kommen solche Betroffene, die zweimal in Folge innerhalb von Jahren keine Besserung vorzeigen konnten bzw. bei denen die Erhebung nicht mehr stattfindet – eben weil keine Besserung absehbar ist. Übrig bleibt ein Anteil von 13 % mit der Perspektive auf Beatmungsentwöhnung und/oder Dekanülierung und 3 % Klient*innen, bei denen definitiv Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und/oder Dekanülierung vorliegt.

WEANING UND RÜCKZUGSPFLEGE IN ZAHLEN



Tatsächliche Entwöhnung von Beatmung bzw. Dekanülierung

	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	56 6 %	47 5 %	103 5 %
Nein	861 94 %	994 96 %	1.855 95 %
Gesamtergebnis	917 100 %	1.041 100 %	1.958 100 %



Rückzugspflege wurde durchgeführt

	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	127 17 %	17 3 %	144 10 %
Potenzial	17 2 %	48 7 %	65 5 %
Nein	588 80 %	592 90 %	1.180 85 %
Gesamtergebnis	732 100 %	657 100 %	1.389 100 %

Klient*innenverteilung
gesamt in %

EV = Einzelsversorgung, WG = Wohngemeinschaft

Kennzahlen ins Verhältnis gesetzt

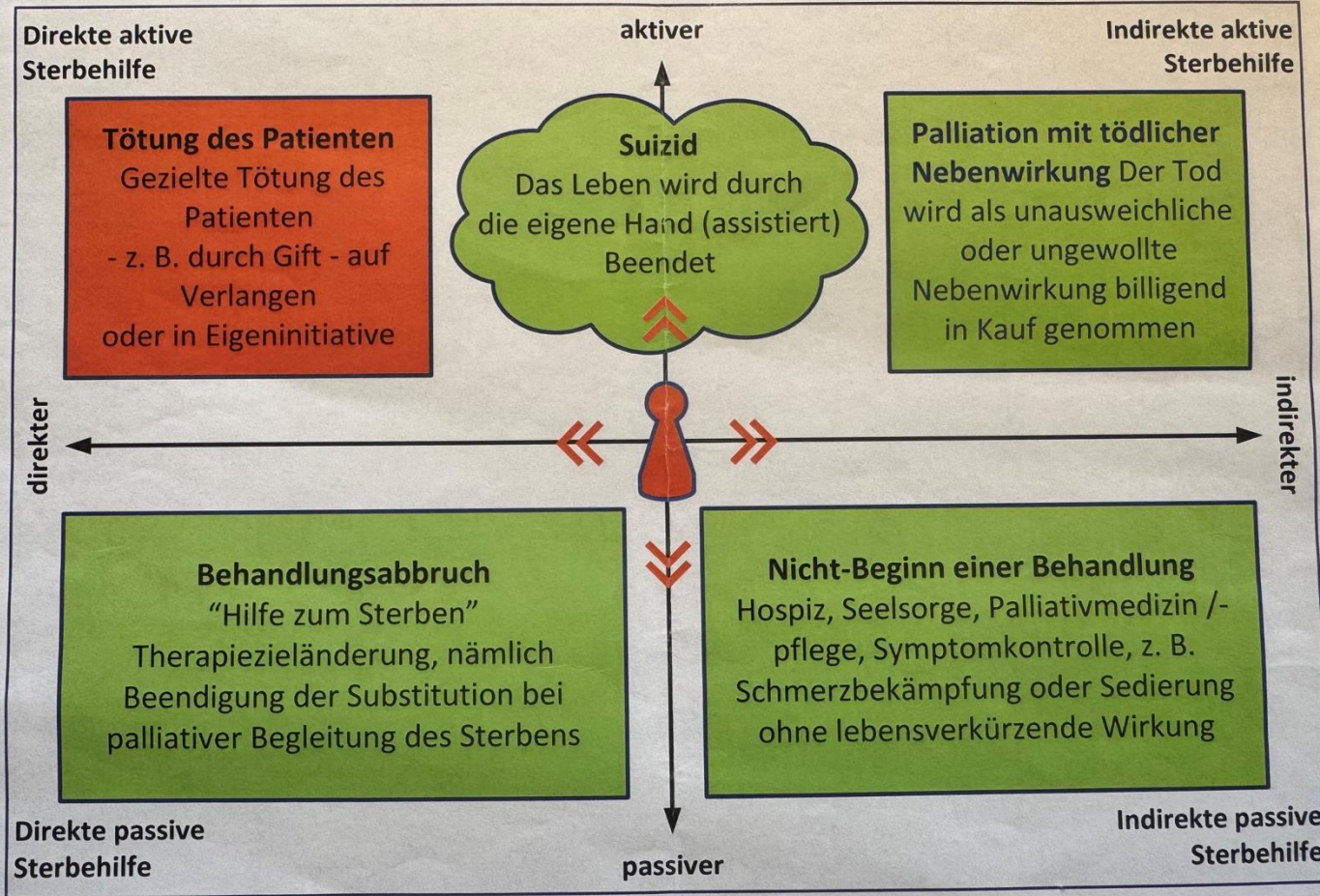
	2024	2023	2022	2021
Anteil Klient*innen mit Potenzial zur Entwöhnung bzw. Dekanülierung	16 %	11 %	10 %	13 %
Anteil Klient*innen mit tatsächlicher Entwöhnung bzw. Dekanülierung	5 %	7 %	6 %	7 %
Anteil Klient*innen Rückzugspflege	15 %	14 %	16 %	16 %
QUOTE AUSSCHÖPFUNG	n. a.	68 %	62 %	54 %
Anzahl Klient*innen in Analyse	>988	1.605	1.613	1.479

Schon vor Inkrafttreten des GKV-IPReG hat die DEUTSCHEFACHPFLEGE das Entwöhnungspotenzial, tatsächliche Entwöhnungen und erfolgreich durchgeführte Rückzugspflege erfasst und ausgewertet. Durch die Einführung von Gesetz und Richtlinie geschieht die Einschätzung ab 2024 nicht mehr durch die Pflegedienstleitungen, sondern auf Basis des Formulars 62 A, also durch die Beurteilung potenzialerhebender Ärzt*innen. Aufgrund dieser Umstellungen sind die Vorjahreszahlen in oben stehender Tabelle nicht 1:1 mit denen für 2024 vergleichbar. Trotzdem werden sie aus Transparenzgründen an dieser Stelle aufgeführt. Zusätzlich ist die Ausschöpfungsquote 2024 nicht darstellbar, weil die Bezugsgrößen aufgrund der Einführung des GKV-IPReG unterschiedlich sind: Die Zahlen zum Entwöhnungspotenzial beziehen sich nur auf die Klient*innen, bei denen eine Potenzialerhebung durchgeführt wurde, die Zahlen zur tatsächlichen Entwöhnung jedoch auf alle Klient*innen. Ab 2025 ist die Quote wieder darstellbar. Für 2024 gilt: 16 % der Intensivklient*innen wiesen Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial auf. Erfolgreiche Rückzugspflege wurde bei 15 % durchgeführt. Ca. 5 % konnten tatsächlich von der Beatmung entwöhnt bzw. dekanüliert werden.

Einbindung Palliativmedizin warum?

Gestorben werden

Nach Eckhard Eichner, AHPV



3a – Erfolgreiches prolongiertes Weaning von der invasiven Beatmung ohne Fortsetzung einer Langzeit-NIV

3aI	mit Extubation/ Dekanülierung	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung mit Extubation/Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT mit oder ohne passagere NIV
3aII	ohne Dekanülierung	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung ohne Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT

45%

3b – Erfolgreiches prolongiertes Weaning von der invasiven Beatmung mit Fortsetzung einer NIV

3bI	mit Langzeit-NIV ohne zusätzlichen Pflegebedarf	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung mit Extubation/Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT und nur mittels Einsatz der NIV, welche nach Abschluss des Weaning-Prozesses selbstständig im Sinne einer außerklinischen Beatmung fortgesetzt wird
3bII	mit Langzeit-NIV und zusätzlichem Pflegebedarf	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung mit Extubation/Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT und nur mittels Einsatz der NIV, welche nach Abschluss des Weaning-Prozesses im Sinne einer außerklinischen Beatmung fortgesetzt wird, wobei ein weiterer Behandlungsbedarf besteht.

20%

3c – Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung

3cI	Mit außerklinischer Fortsetzung der invasiven Beatmung	Erfolgreiches Weaning mit Fortsetzung einer invasiven Beatmung via Tracheostoma nach Abschluss des Weaning-Prozesses im Sinne einer invasiven außerklinischen Beatmung
3cII	Tod	Erfolgreiches Weaning mit Tod des Patienten in der Klinik

21%

14%



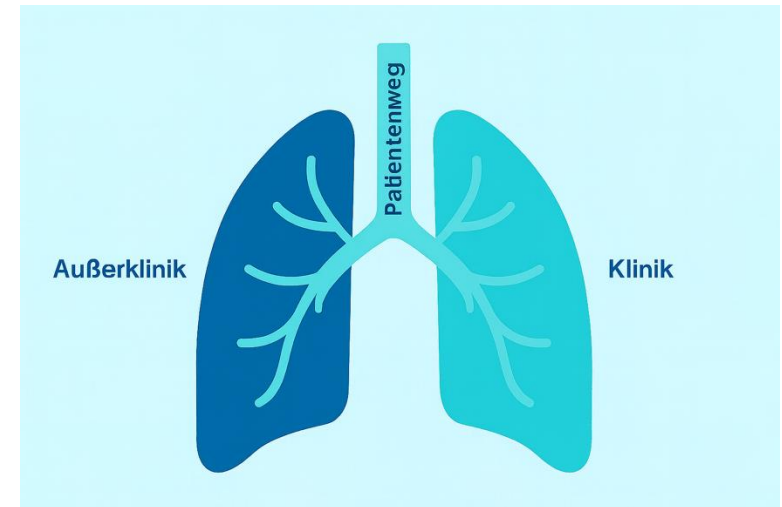
- End-of-Life Option sollte bereits in Akutklinik, Weaningzentrum oder Reha diskutiert werden
- Kompetente Fachleute aus unterschiedlichen Fachrichtungen (Neurologie, Intensivmedizin, Palliativmedizin, Ethik) ins Boot holen
- Frühzeitig (mutmaßlichen) Patientenwillen klären
- Noch wichtiger: **medizinische Indikation zur Fortsetzung einer Therapie klären** und in Frage stellen
- DENN: fehlt die medizinische Indikation fällt der Patientenwille (oder der der Angehörigen/Betreuer)!!!
- Exitstrategien erarbeiten, z.B. erneute Pneumonie wird nicht mehr behandelt etc. (indirekt passive Sterbehilfe)
- Sich trauen Therapiezieländerungen (direkt passive Sterbehilfe) klar auszusprechen und zu kommunizieren mit Patient, Angehörigen, Betreuer, Pflegeteam und HA, NICHT einfach weiter so
- Team ergänzen durch Palliativmedizinischen Dienst, SAPV, Hospizdienst etc.



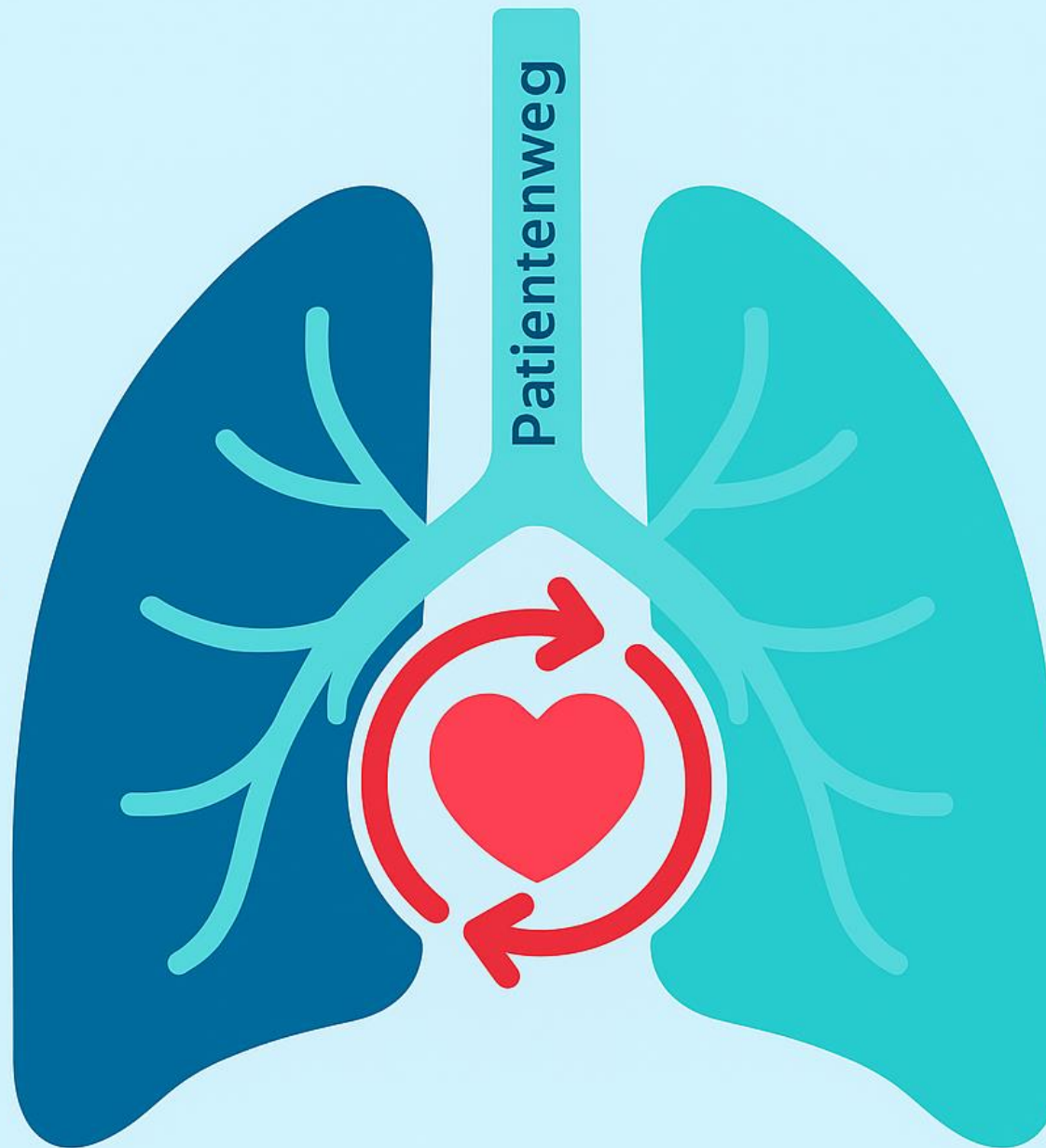
- Angehörigengespräche suchen (auf allen Ebenen):
 - Hätte ihr Angehöriger das so gewollt?
 - Denken Sie das ist Lebensqualität oder eher Lebens/Leidensverlängerung?
 - Kommunizieren Sie Vor- aber vor allem auch Rückschritte, z.B. Patient läßt sich nur noch beatmen, keine Spontanatmung mehr etc.
- Advanced Care Planning einleiten, vorausschauende Angehörigengespräche
 - Z.B. ist eine Tracheotomie bei Verschlechterung gewünscht ja/nein?
- Palliative Zielsetzungen fixieren
- Ermöglichen einer würdevollen letzten Lebensphase „zu Hause“ und nicht in der Klinik
- → interdisziplinäre Begleitung ist Erfolgsfaktor

Fazit und Take Home Message

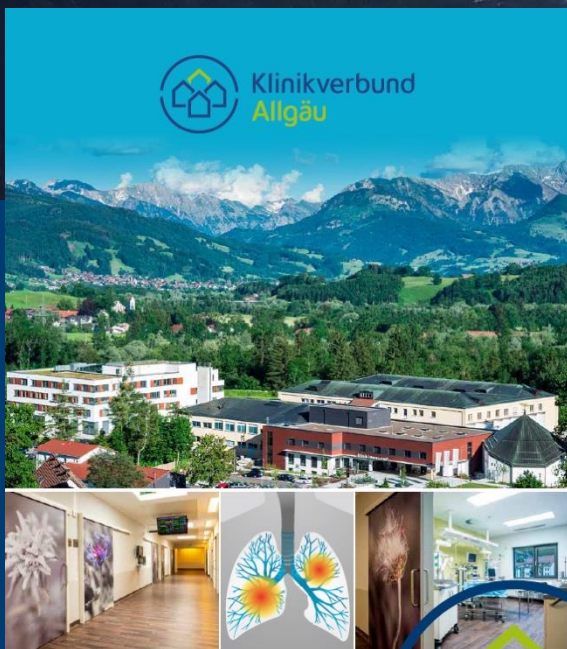
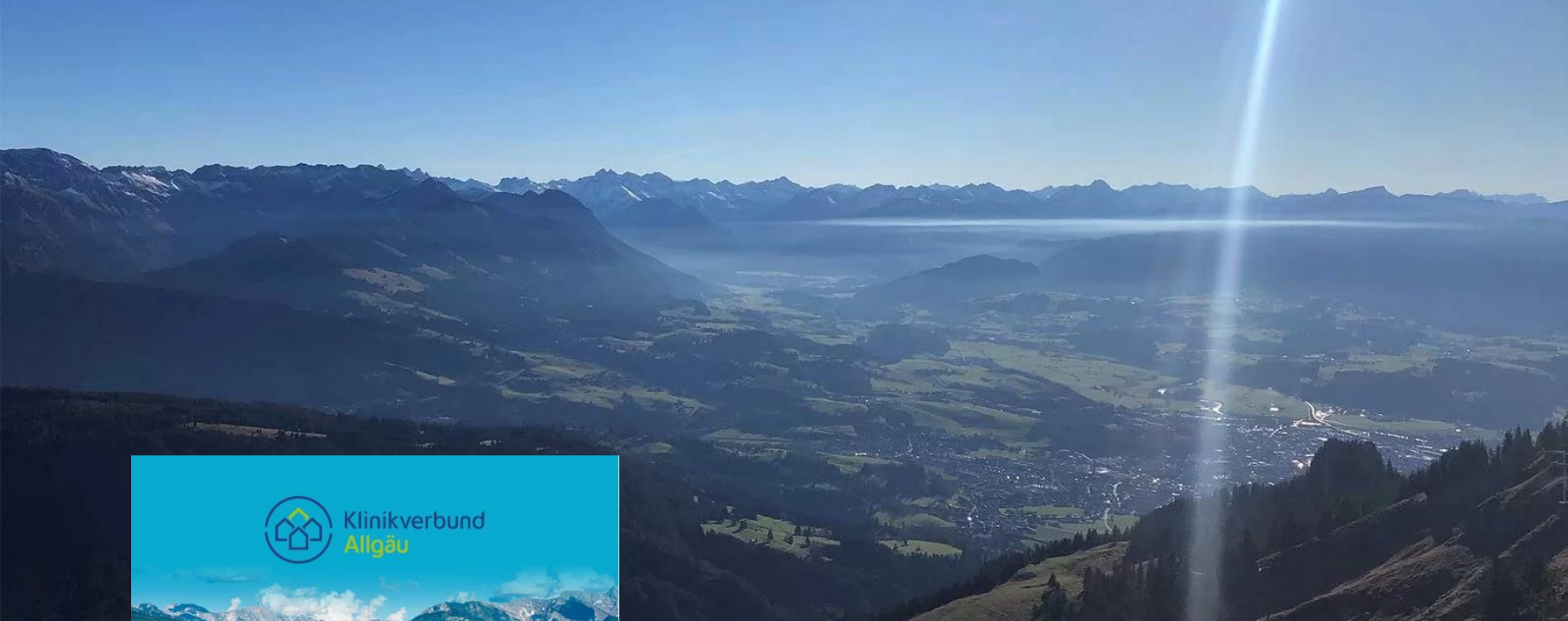
- „Zwischen den Stühlen“ = Brückenfunktion als Mehrwert
- Entscheidend sind:
 - Kommunikation,
 - Kooperationsstrategien und
 - die Kontinuität für Patient, Pflegende und Angehörige
- Persönliche Ermächtigung und Telemedizin erweitern unsere Kooperationsmöglichkeiten und den Handlungspielraum
- Palliativmedizinische Aspekte frühzeitig in Erwägung ziehen, eigenes Personal durch Weiterbildung zur Palliative Nurse ermöglichen, SAPV Kooperationen aufbauen



Außerlinik



Klinik



Vielen Dank

FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT