

# Quo vadis außerklinische Intensivversorgung? Wie kann eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden?

## Ergebnisse World-Café Thema: Versorgungsnetzwerke

Leitfrage: Wie müssen neue Versorgungsnetzwerke vor dem Hintergrund der Mangelverwaltung im Gesundheitswesen aussehen?

**Moderation: Moderation:** Sebastian Lemme, Christine Wagner-Behrendt, Benita Eisenhardt  
**Zusammenfassung:** Benita Eisenhardt

1. Welche Versorgungsakteure sind einzubeziehen in ein persönliches Versorgungssetting?
  - > Betroffene Menschen, fachpflegerische Versorgung, potenzielerhebende Ärzt:innen, verordnende Ärzt:innen, Fachärzt:innen je nach individueller Grunderkrankung, Hausärzt:innen, Medizintechnik, Therapeut:innen für Sprach- und Schluckstörungen, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Medizinischer Dienst, Krankenkasse, Reha-Einrichtung, , Kliniken, Eingliederungshilfe, Rechtsanwält:innen, Angehörige
  - > Welche Akteure sind bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ggf. zusätzlich in das Versorgungsnetz einzubeziehen? Eltern, Fachärzt:innen für Grunderkrankung, Kinderärzt:in, SPZ, Eingliederungshilfe, Frühförderung, Jugendamt, Kita, Schule...
  
2. Statements der Teilnehmenden zum Thema Versorgungsnetzwerke und deren Koordination:
  - > Um ein gutes Versorgungssetting zu implementieren, müssen sich alle Akteure gemeinsam an einen Tisch setzen.
  - > Für die Koordination des Versorgungsnetzes und der Kommunikation zwischen den vielen Akteuren ist in § 12 der AKI-RL der Vertragsarzt vorgesehen. Dieser hohe Aufwand, ist vom Vertragsarzt kaum zu leisten ist. Letztendlich werden die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen die Koordination übernehmen. => Gefahr des Burnouts sowohl für Vertragsärzt:innen als auch für betroffene Menschen und ihre Angehörige
  - > Wie wird die Koordination auskömmlich finanziert?
  - > Idee Versorgungskoordination mittels spezifischem Case Management: Für die Koordination sollte ein spezifisches Case Management eingesetzt werden, mit entsprechender Qualifikation. Die Kostenübernahme für das Case Management könnte auf Verordnung der Vertragsärzt:innen ausgestellt werden. Die Case Manager:innen könnten auf unterschiedliche Krankheitsbilder spezialisiert sein und die Patient:innen bzw. die Angehörigen suchen den jeweils passenden raus.

# GKV-IPReG

## Think Tank

- > Idee: Unabhängige regionale Clearingstelle zur sektorenübergreifenden Koordination der Versorgung und Ansprechpartner für Pflegekräfte, Medizinische Fachkräfte, Therapeuten und Patient:innen
- > Idee: Bei Kindern gibt es bereits die Sozialmedizinische Nachsorge, welche die Versorgungskoordination für das ambulante Versorgungssetting nach einem Krankenhausaufenthalt übernimmt. Diese könnten sehr unkompliziert als begleitendes spezialisiertes Case Management für intensivpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene eingesetzt werden.
- > Problem Beratung: Es ist weder für Patient:innen noch für die ausführenden ambulanten Pflegedienstleister noch für die behandelnde Ärzteschaft möglich, sich spezifisch zu dem Thema AKI-RL und Umsetzung beraten zu lassen. Hier braucht es eine unabhängige spezifische Beratungsstelle. Beispiel: Pflegedienst wollte sich über die Änderungen informieren, auch weil die eigenen Klient:innen immer wieder nachgefragt hatten. Die KV verwies auf die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117. Die Krankenkasse konnten ebenfalls keine Angaben zu dem Thema machen. Die Landesärztekammer hatte noch nie vom GKV-IPReG gehört. Um dennoch eine Versorgung für die Zeit nach November zu organisieren wurden über 30 Fachärzt:innen im Zeitraum vom 12/2022 bis 02/2023 angesprochen, alle lehnten die Versorgungsanfrage ab. Von den anwesenden Pflegedienstleistern am Tisch 2 hatte lediglich einer einen Arzt gefunden, der die Potenzialerhebungen in Zukunft machen wird. Dieser ist vom nahe gelegenen Krankenhaus für eine an der Klinik angeschlossene Wohneinrichtung für beatmete Patient:innen freigestellt und kann daher auch die Wohngruppe des Pflegedienstleiters mit versorgen.

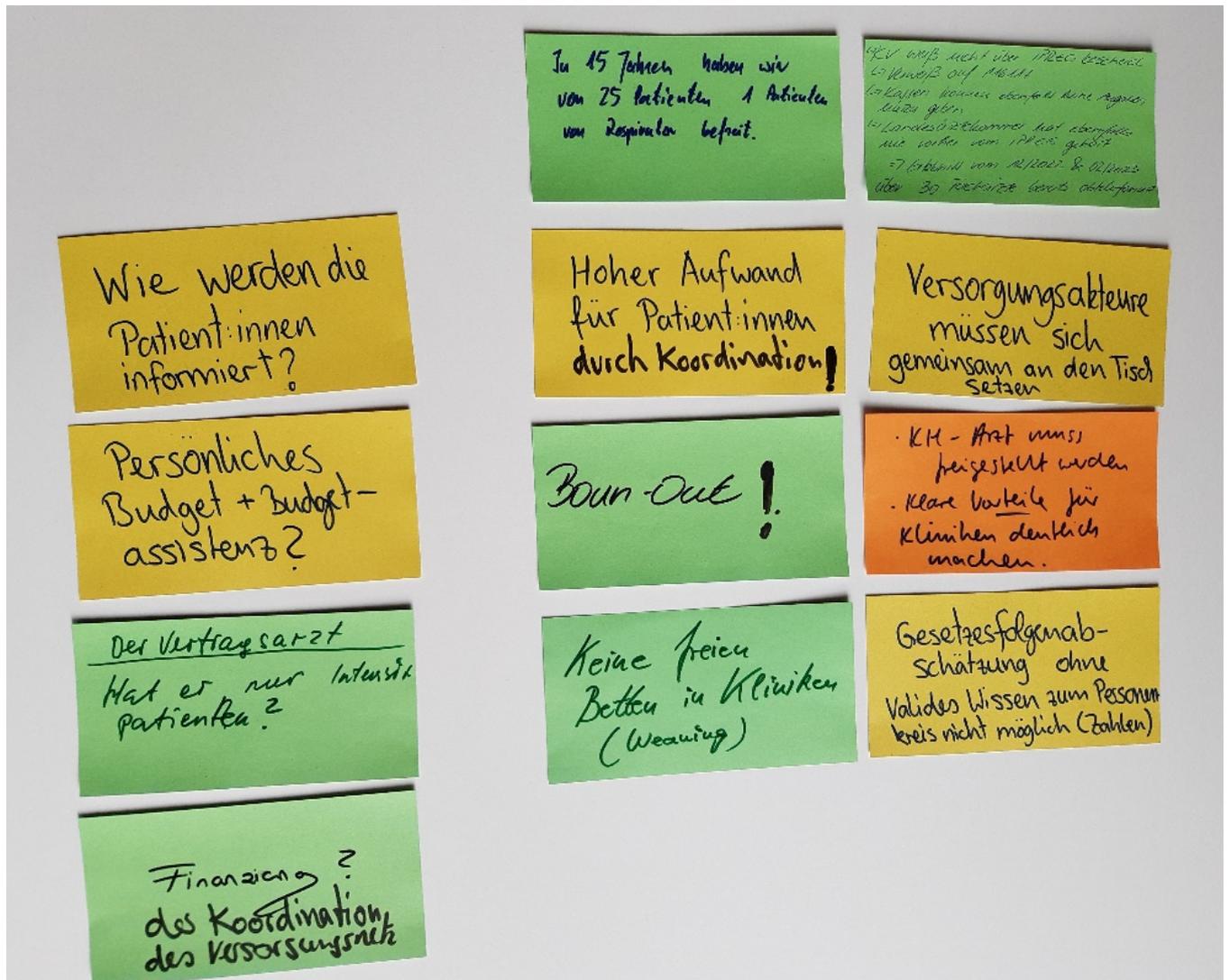
### 3. Weitere Statements und Fragen der Teilnehmenden

- > Pflegedienst: In 15 Jahren konnte von 25 Patient:innen nur 1 Patient von der Beatmung entwöhnt werden.
- > Wenn einem Patienten das Atmen leichter fällt, wollen sie freiwillig entwöhnt werden. Dazu braucht es keinen Zwang zum Weaning.
- > Eine sinnvolle Gesetzesfolgenabschätzung ohne valides Wissen zum Ist-Stand und zum Personenkreis ist nicht möglich.
- > In den Weaningzentren sind schon jetzt die Betten knapp, wie sollen die regelmäßigen Potenzialerhebungen dort umgesetzt werden?
- > Die Fachärzt:innen für die Potenzialerhebung müssen von den Kliniken freigestellt werden, und den Kliniken muss deutlich werden, dass sie auch Vorteile davon haben. => Welche?
- > Wie wird sichergestellt, dass auch zukünftig das Persönliche Budget umgesetzt werden kann? Budgetassistenz ist ein wichtiger Bestandteil, damit intensivpflegebedürftige Menschen diese Form des Leistungsbezugs nutzen können.
- > Idee: Umsetzung der medizinischen Versorgung der ambulanten Intensivpflege nach dem Vorbild der SAPV.
- > Idee „Pflegeclouds“: Sharing von Pflegefachkräften. Wenn ein Pflegedienst gerade vorübergehend weniger Personal benötigt, könnte dieses an einen Pflegedienstleister entliehen werden, dem gerade Personal fehlt. Hier wäre die Koordination auch über eine unabhängige Clearingstelle hilfreich.
- > Idee für die Versorgung von intensivpflegebedürftigen Menschen, die nicht beatmet oder tracheotomiert sind: Mixed-Teams mit leitender Pflegefachkraft je nach individuellen Erfordernissen qualifiziert. Je nach Notwendigkeit der

# GKV-IPReG

## Think Tank

Qualifikationen könnte die Assistenzpflege auch über Leistungen der Eingliederungshilfe ergänzt werden (Mischfinanzierung, Beispiel: LK 32 in Berlin)



# GKV-IPReG

Think  Tank

Vorbild  
SAPV

Kindes  $\rightarrow$  Versorgungscoordination  
Soz.-med.  
Nachsorge für  
Koordination

„Pflegecloud“  
Sharing von Pflegekräften

Koordination  
 $\hat{=}$  Case-Manager?  
Ausbildung dazu?

LK 32  
 $\rightarrow$  Berliner Modell

Auf Verordnung:  
Case Management  
mit  
Koordinationsfunktion

Mixed-Teams  
mit leitender  
Pflegefachkraft  
*if nach individuellen  
Erfordernissen*

Regionale Clearingstelle  
für relationales professionales  
Organisation d. Versorgung  
-Ansprüche, PD, Risk etc.  
Vorbereitung! +Kann