

DIGAB-Register für außerklinische Intensivpflege

Auf Initiative des Präsidenten der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V., Herrn Dr. med. Martin Bachmann, hat der geschäftsführende Vorstand der DIGAB im Rahmen der Corona-Pandemie beschlossen, dem Intensivbetten-Register der DIVI Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin ein eigenes **DIGAB-Register für außerklinische Intensivpflege** an die Seite zu stellen. In diesem Register sollen somit die Kapazitäten für die außerklinische Intensivpflege bei aktuell etwa 28.000 intensivpflegerisch zu versorgen Menschen, von denen der größte Anteil beatmet wird, in der Bundesrepublik erfasst und koordiniert werden.

Es wurde am 27. Juli 2020 freigeschaltet und ist unter dem Link www.digab-register.de erreichbar.



Vorbemerkung

Die aktuelle Coronavirus-Pandemie stellt unsere Gesellschaft im Allgemeinen und das Gesundheitssystem im Besonderen vor bisher nicht gekannte Herausforderungen. Die dramatischen Infektionszahlen in großen Teilen der Welt (USA, Brasilien, Indien ...) lassen befürchten, dass es mit Wiederaufnahme von Reisetätigkeit, Handel und internationalem Austausch im Herbst dieses Jahres zu einer sogenannten zweiten Welle kommen könnte.

Ein rascher Anstieg der Infektionszahlen birgt immer die Gefahr einer Überforderung der betroffenen Gesundheitssysteme, die dann nicht ausreichende Behandlungs- und insbesondere Beatmungskapazitäten vorhalten könnten. Dieses Risiko muss in der Bundesrepublik, insbesondere in Zusammenhang mit den aktuellen Diskussionen um die richtige Strategie für einen Exit aus den Beschränkungen des öffentlichen Lebens, berücksichtigt werden.

Um eine Überforderung des Gesundheitssystems in Deutschland zu verhindern, wurden einerseits weitreichende Einschränkungen des öffentlichen Lebens verfügt, um die Ansteckungsraten zu reduzieren („flatten the curve“), und andererseits in den Krankenhäusern alle denkbaren Anstrengungen unternommen, um ausreichende intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten bereitstellen zu können.

In der Bundesrepublik stehen derzeit in den Kliniken laut DIVI Register gut 32000 intensivmedizinische Behandlungsplätze zur Verfügung, in denen allerdings nicht nur Menschen, die sich mit SARS-CoV2 infiziert und an Covid-19 erkrankt sind, sondern auch alle anderen intensivpflichtigen Patienten behandelt werden. Die Koordination dieser intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten erfolgt in der Bundesrepublik über das eigens dafür aufgestellte Intensivbetten-Register der DIVI. Dieses Register hat sich innerhalb weniger Wochen als effektives Steuerungsinstrument erwiesen, um eine optimierte Übersicht über die vorhandenen Ressourcen zu ermöglichen.

Neben diesen klinischen Beatmungsplätzen leben in der Bundesrepublik nach Schätzungen knapp 28.000 intensivpflegerisch zu versorgende Menschen, der größte Teil mit einer invasiven Beatmung über ein Tracheostoma, und bis zu 100.000 Menschen mit einer nichtinvasiven Beatmungstherapie (über eine Maske) außerhalb der Kliniken, entweder in der eigenen Häuslichkeit, in Intensivpflege-Wohngemeinschaften oder in spezialisierten Einrichtungen für Intensivpflege. Das nachfolgend vorgestellte **DIGAB-Register für außerklinische Intensivpflege** bezieht sich auf die insgesamt etwa 28.000 intensivpflegerisch versorgten Menschen in der Außerklinik.



Die Zielsetzung des DIGAB-Registers für außerklinische Intensivpflege

Das DIGAB-Register verfolgt vornehmlich sechs Ziele:

- 1) Es muss verhindert werden, dass außerklinisch intensivpflegerisch versorgte Menschen allein wegen Versorgungsengpässen, wie beispielsweise Erkrankung der Pflgeteams, auf den Intensivstationen der Krankenhäuser aufgenommen werden und dort dringend benötigte "Corona-Versorgungs-Betten" blockieren. Bei Vorliegen eines außerklinischen Registers können diese Patienten bei entsprechendem Bedarf unabhängig von den Kliniken v innerhalb der Außerklinik versorgt werden.
- 2) Bei erhöhtem Bedarf an klinischen Intensivplätzen ist es sinnvoll beatmeten Intensivpatienten nach Stabilisierung möglichst früh von der Intensivstation zu entlassen, um Platz für neue intensivpflichtige Patienten frei zu machen. So können stabile Patienten, die "nur" noch beatmet werden oder auf die Versorgung mit einer Trachealkanüle angewiesen sind, aber keine weiteren intensivpflichtigen Therapien benötigen, auch außerklinisch versorgt werden.
- 3) Es ist zu erwarten, dass einige Patienten, die eine schwere COVID-19-Erkrankung überlebt haben, postinfektiös einen persistierenden Beatmungsbedarf haben. Diese Patienten müssen systematisch nachuntersucht und unbedingt bzgl. ihres Weaning Potentials (Entwöhnung von der Beatmung) evaluiert werden. Das Register kann helfen, diese Patienten zu erfassen und freie Versorgungskapazitäten für sie zu finden, um sie später zu reevaluierten und einem erneuten Weaningversuch zuzuführen. Damit wäre ein bedeutender Schritt in Richtung einer leitliniengerechten Versorgung außerklinisch beatmeter Patienten in Deutschland getan.
- 4) Viele der schwer betroffenen Patienten werden im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung tracheotomiert, also mit einem Luftröhrenschnitt versorgt. Wo möglich, müssen diese Patienten nach Genesung wieder dekanüliert, also der Luftröhrenschnitt muss wieder verschlossen werden. Diese Maßnahme verbessert die Lebensqualität der Patienten deutlich und spart erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen. Das Register kann helfen, diese Patienten zu erfassen und freie Versorgungskapazitäten für sie zu finden, um auch diese Patienten zu einem späteren Zeitpunkt nach Reevaluation einer Dekanülierung zuzuführen.
- 5) Die Durchlässigkeit und Kommunikation zwischen Kliniken und der außerklinischen Versorgungsstruktur muss dauerhaft verbessert und den jeweiligen Bedarfen angepasst werden, um die Patientenströme zwischen Klinik und Außerklinik in beide Richtungen besser abstimmen zu können. So wird eine erhebliche Entlastung der Kliniken im Rahmen des Corona-Krisenmanagements erfolgen. Ebenso können Betroffene aus der außerklinischen Versorgung, die aktuell einer klinischen Aufnahme bedürfen, besser und adäquater den Kliniken zugewiesen werden.

- 6) Durch die so neu entstandene Transparenz der Versorgungskapazitäten können die Anbieter der außerklinischen Intensivpflege besser miteinander kooperieren und besonders regionale Engpässe überbrücken. Die betroffenen Menschen mit außerklinischer Beatmung können in ihrem privaten Umfeld bzw. regional weiter versorgt werden.



Die Struktur des DIGAB-Registers für außerklinische Intensivpflege

Das DIGAB Register soll zunächst die folgenden Items erfassen:

- Art der Einrichtung: Pflege-/Wohnheime für Intensivpflege, Intensiv-Wohngemeinschaften, Häusliche Intensivpflege
- Pro Einrichtung: Gesamtkapazität, belegte Plätze (invasive Beatmung / Trachealkanüle ohne Beatmung), freie Plätze, nicht belegte Plätze wg. Pflegepersonalmangel...
- Einteilung nach Bundesländern/PLZ

Für die Teilnehmer und Nutzer sichtbar werden nur die freien Kapazitäten sein.



Die Umsetzung des DIGAB-Registers für außerklinische Intensivpflege

Das **DIGAB-Register für außerklinische Intensivpflege** ist für die Teilnehmenden freiwillig und kostenfrei. Die Einrichtungen (Pflegeheime, Intensiv-WGs, Pflegedienste) werden eingeladen, ihre Kapazitäten anzugeben, um die oben genannten Ziele zu verfolgen. Dadurch, dass das Register durch eine unabhängige Fachgesellschaft erstellt und geführt wird, kann ausgeschlossen werden, dass das Projekt von ökonomischen Interessen geleitet sein wird. Für die Finanzierung dieses Registers wird eine Unterstützung durch neutrale Sponsoren oder auch durch das öffentliche Gesundheitswesen angestrebt.



Die mittelfristige Perspektive des DIGAB-Registers für außerklinische Intensivpflege

Mit Eintreten der „Herdenimmunität“, also wenn ausreichend viele Menschen die Antikörper gegen das Coronavirus haben, oder mit dem Vorliegen eines wirksamen Impfstoffs, wird die aktuelle Pandemie hoffentlich überwunden sein. Wann dies eintreten wird, vermag derzeit noch niemand mit Gewissheit zu sagen. Mit dem Überwinden der Pandemie wird gleichwohl die Arbeit noch nicht getan sein. Um möglichst viele Patienten von einer Beatmung wieder entwöhnen und ihr Tracheostoma wieder verschließen zu können, wird es weiterer großer Anstrengungen bedürfen.

Um hier eine adäquate Bedarfsplanung entwickeln und die Versorgungsstrukturen anpassen zu können, wird es nicht zuletzt notwendig sein, belastbare Daten über die Versorgungslandschaft und die sich daraus ergebenden Bedarfe benennen zu können. Sinnvoll und wünschenswert wäre es daher mittelfristig, das jetzt vorgestellte Register für außerklinische Intensivversorgung weiter zu entwickeln

und in die Tiefe auszuweiten. Konkret bedeutet dies, dass dann weitere anonymisierte Daten über die zugrunde liegenden Erkrankungen und die Details der Versorgungsstrukturen einzupflegen sein werden.

Für die DIGAB e.V. am 25. Juli 2020:

Dr. med. Martin Bachmann (Präsident)
Dr. med. Bernd Schucher (Präsident-elect)
Jörg Brambring (Past-Präsident komm.)
Dipl. Soz. Arb. Meike Grimm (Schatzmeister)
Dr. med. Benjamin Grolle (Sprecher der Sektion „Kinder“)

DIGAB e.V.

c/o Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30
79106 Freiburg
0761 69699-28
0761 69699-11
digab-geschaefsstelle@intercongress.de
www.digab.de
www.digab-register.de