

Ausführungen zu den Mindestmerkmalen „Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstationen“(CHOP 93.9E) Version 01. 07.2016

0. Allgemeine Definition der NIV -Beatmung

Unter einer nicht invasiven Beatmung versteht man eine mechanische Druck- oder Atemunterstützung, ohne dass künstliche Atemwege eingesetzt werden.

Als Ausnahme können mit diesem Prozedurenkode auch Patienten mit Tracheotomie abgebildet werden, wenn sie Indikation-, Behandlungs- und Überwachungskriterien erfüllen.

1. Indikation

In Anlehnung an den Punkt 1 „Indikation“ der Mindestmerkmale:

Gilt für Patienten ab dem 1. vollendeten Lebensjahr. Patienten mit mittelschwerer bis schwerer respiratorischer Insuffizienz, die nicht in einer Intensivstation betreut werden, d.h. Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz oder COPD, Adipositas-Hypoventilation, terminale Patienten mit zusätzlich schwerster Dyspnoe u.a.; Patienten mit chronischer respiratorischer Insuffizienz v.a. bei COPD und neuromuskuläre Erkrankungen; Weaning (Entwöhnung nach maschineller Beatmung) ausserhalb Intensivstation

2. Anforderungen an das nicht ärztliche medizinische Fachpersonal („Beatmungsexperten“)

In Anlehnung an den Punkt 2 „Behandlungsteam“ der Mindestmerkmale:

Im Behandlungsteam ist ein festangestellter Facharzt Pneumologie zwingend beteiligt. Er ist verantwortlich dafür, dass die Behandlung ambulant fortgeführt werden kann, wenn diese indiziert ist.

Beatmungsexperten: 1 Experte pro 5 Patienten ist jederzeit (24/7) erreichbar und in weniger als 10 Minuten am Bett verfügbar. Die fachärztliche Betreuung durch Arzt mit Spezialkompetenz in nicht invasiver Beatmung (Facharzt Pneumologie, Anästhesiologie oder Intensivmedizin) ist jederzeit (24/7) innerhalb 30 Minuten gewährleistet.

Patienten orientierte Tätigkeiten im Bereich respiratorischer Erkrankungen, insbesondere der nicht - invasiven und invasiven atemunterstützenden Massnahmen erfordern von nicht ärztlichen medizinischen Fachpersonen spezifisches Fachwissen und spezialisierte Kompetenzen. Sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich müssen diese Fachpersonen von Ärztinnen und Ärzten delegierte Tätigkeiten selbständig und eigenverantwortlich wahrnehmen können.

Die bis jetzt angebotene Ausbildung mit Berufsprüfung „Berater, Beraterin für Atembehinderungen und Tuberkulose mit eidg. Fachausweis“ muss um die obgenannten Fähigkeiten und Kompetenzen erweitert und ergänzt werden zur **“Fachexpertin/Fachexperte Respiratory Care mit eidg. Diplom“**. Die entsprechenden Anforderungen an die Ausbildung und Prüfung sind aktuell in Bearbeitung, geplant ist ein erstmaliger Prüfungsabschluss 2018.

Bis 01.01.19 gilt folgende Übergangslösung für das nicht ärztliche medizinische Fachpersonal („Beatmungsexperten“):

- Diplomierte Pflegefachpersonen mit abgeschlossenem Nachdiplomstudium Intensivpflege
- Diplomierte Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildung IMC und Nachweis einer einjährigen praktischen Erfahrung mit Patientinnen und Patienten in nichtinvasiver und invasiver Beatmung.
- Diplomierte Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Diplomierte Pflegefachfrauen und -Männer, Schlaflaborantinnen und Schlaflaboranten (Spezialisten mit einer entsprechenden Ausbildung, z.B. dem ASDA-Zertifikat der USA für nichtärztliche Somnologinnen und Somnologen oder äquivalenter Titel), falls sie eine mindestens einjährige dauernde praktische Erfahrung mit Patientinnen und Patienten in nichtinvasiver und invasiver Beatmung nachweisen können.
- Diplomierte Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Diplomierte Pflegefachfrauen und -Männer, und Schlaflaborantinnen und Schlaflaboranten die eine Weiterbildung „NIV“ und „SASplus“ (Kurse der Lungenliga Schweiz und Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie) absolviert haben und eine mindestens 3 Monate dauernde praktische Erfahrung mit Patientinnen und Patienten in nichtinvasiver und invasiver Beatmung nachweisen können.

Am 01.01.2019 bereits als Beatmungsexperten Tätige haben eine zusätzliche Übergangszeit zum Erlangen des Diploms von 2 Jahren bis 2021.

3. Anforderungen an die Infrastruktur

*In Anlehnung an den Punkt 3 „Infrastruktur“ der Mindestmerkmale:
Max. 4-Bettzimmer, mit Möglichkeit von Videoüberwachung, 24/7 überwachtem ventilatorischem Monitoring (etCO₂ oder tcCO₂. Atemkurven in Echtzeit, Pulsoxymetrie); Blutgasanalyse (BGA) jederzeit (24/7) verfügbar; Die Behandlung ist auf einer IMC möglich, kann aber nicht gleichzeitig mit einer IMC-Komplexbehandlung abgebildet werden. Die Verlegung auf eine Intensivstation innerhalb einer Stunde ist sichergestellt. "*

3.1 Ausstattung

- Beatmungsgeräte: Sie müssen den entsprechenden Normen für „Heimbeatmungsgeräte für vom Gerät abhängige Patienten“ und „Heimbeatmungsgeräte zur Atemunterstützung“ (Gerätenorm) oder „lebenserhaltende Beatmung“ (amtliche Normen) entsprechen. Gemäss schweiz. Medizinprodukteverordnung MepV unter admin.ch
- Bei lebenserhaltender Beatmung und bei Patienten, die sich die Maske nicht selber entfernen können ist ein Beatmungsgerät mit internem Akku notwendig.
- Sauerstoffbeimischung > 10 l/min muss möglich sein, entsprechende Sauerstoffanschlüsse und Adapter müssen vorhanden sein.
- Durchgehende Pulsoximetrie, Kapnometrie verfügbar
- Inhalationen: Infrastruktur wie Adapter, spezifische Vernebler, Spacersysteme müssen vorhanden sein.
- Sekretmanagement: Hilfsmittel für die Hustenunterstützung müssen vorhanden sein, inklusive Absauganlage.
- Labor: Messung der Blutgase (BGA) vor Ort oder nahe bei jederzeit mit unmittelbarem Resultatzugang möglich.
- Zusätzliche Diagnostik: In der Institution müssen Bronchoskopie, Schlafdiagnostik und Lungenfunktionsprüfungen angeboten werden.

- Spitalinterne Notfallszenarien und Prozesse müssen auf Funktionalität und Aktualität überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

3.2 Überwachung

- Patienten mit Beatmungsabhängigkeit müssen kontinuierlich überwacht werden. Entsprechende Alarmfunktionen mit Überleitung der Alarme müssen gewährleistet sein (auch bei Stromausfall/Notstrombetrieb). Die Reaktionszeit darf 60 sek. nicht überschreiten.
- Rufanlage mit garantierter Reaktionszeit binnen von 10 Minuten für alle anderen Patienten.
- Wenn Patienten nicht im direkten Sichtkontakt von der Überwachungszentrale sind ist zu prüfen, ob die Patientensicherheit verbessert werden kann durch :
 - Videokamera mit Infrarot/ Ton und Gegensprechanlage
 - Beatmungs- und CO₂-Messgeräte autonom funktionierend mit Trend und Kurvenansicht,
 - Ventilatorisches Monitoring z.B. etCO₂ oder tcCO₂. Atemkurven in Echtzeit

4. Behandlung und Dokumentation

In Anlehnung an Punkt 4, der Mindestmerkmale :

Mindestens 8 Std pro Tag Nicht-invasive Beatmung (inkl. CPAP, nCPAP, High flow); 8 stdl. Dokumentation der Vitalparameter inklusive Atemfrequenz, Pulsoxymetrie, pCO₂ und Beatmungseinstellung. Diese sind vom behandelnden Arzt mindestens 1x tgl vor Ort zu visieren; Das Beatmungsexpertenteam hat die fachliche Kompetenz Beatmungseinstellungen in ärztlich verordneten Grenzen zu modifizieren; Tägliche Visite (7//7) durch Beatmungsexperten und Facharzt mit Spezialkompetenz in Nicht-invasiver Beatmung; Bei Bedarf Schulung des Patienten und der Bezugspersonen bis 6 Tage pro Woche.

Siehe Dokumentationsvorlage FMH http://www.fmh.ch/stationaere_tarife/swiss-drg/dokumentationsmuster.html

Visiert durch Tarifverantwortliche FG Pneumologie

Prof. Dr. med. Jörg Leuppi , Dr. med. Jochen Rüdiger

Dr.med. Franz Michel

Dieses Dokument steht zur Verfügung auf der Seite der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie unter folgendem Link: ...