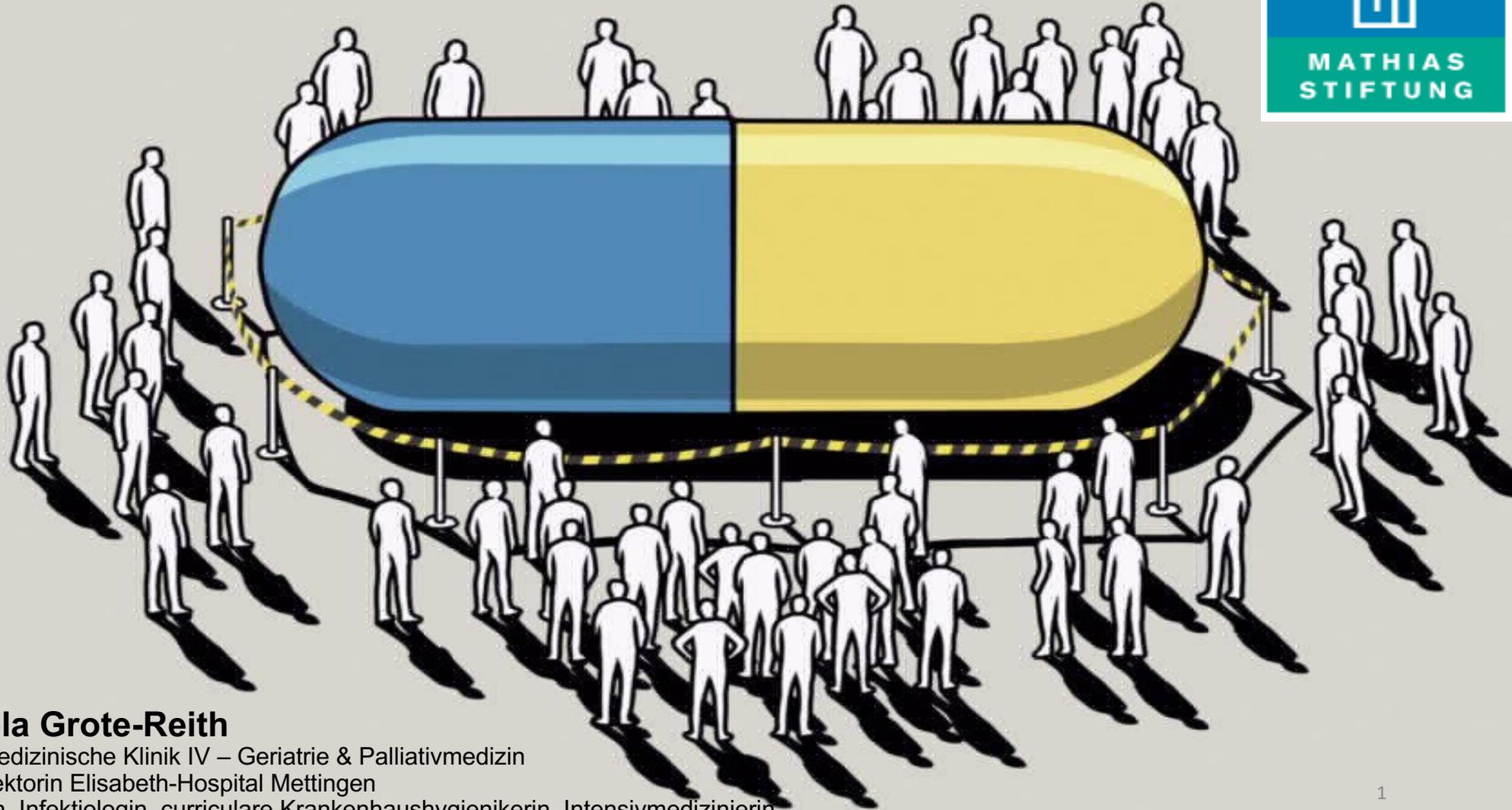


APAT

Ambulante Parenterale Antibiotikatherapie



Dr. Angela Grote-Reith

Chefärztin Medizinische Klinik IV – Geriatrie & Palliativmedizin

Ärztliche Direktorin Elisabeth-Hospital Mettingen

ABS-Expertin, Infektiologin, curriculare Krankenhaushygienikerin, Intensivmedizinerin

Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie

- Labor
 - Diagnostik vor Ort
- Hygiene
 - Schulungen
 - Beratung und Visiten
 - Untersuchungen
- ABS/Infektiologie
 - Infektiologische Visiten
 - Antibiotikatherapie-Beratung (ABS)
- Corona Betriebsmedizin
 - Ausbruchsmanagement
 - Mitarbeiterberatung/-betreuung

5 Standorte

4 Altenheime

2 Kurzzeitpflege-
Einrichtungen

1300 Betten

42 Intensivbetten

35 Abteilungen

300 Bewohnerplätze

30 Gästeplätze



MATHIAS
STIFTUNG



Klinikum Rheine:
Mathias-Spital Rheine & Jakobi Krankenhaus



Klinikum
Ibbenbüren



Paulinenkrankenhaus
Bad Bentheim



St. Elisabeth-Hospital
Mettingen

APAT – Was?

- i.v. Antibiose nach einem stationären Aufenthalt.
 - in der Regel mittels Elastomerpumpe über einen sicheren Gefäßkatheter
 - durch den Patienten selbst oder durch eine Betreuungsperson unter Anleitung der APAT-Dienste, die entweder selber einen Pflegedienst betreiben, oder mit einem entsprechenden kooperieren.
- Therapieregime
 - Selektion der Antiinfektiva, Dosis, Frequenz, Therapiedauer
 - Beratung und späterer Evaluation des ABS-Teams unter Berücksichtigung des Infektfokus, des Erregers, des Resistogramms, einliegendem Fremdmaterial, Komorbiditäten (QTc Zeitverlängerung, Nieren-/Leberinsuffizienz) nach ABS-Prinzipien festgelegt.



APAT - Vorteile

- Reduktion bzw. Vermeidung des Risikos nosokomialer Ko-Infektionen
- Vermeidung eines (prolongierten) stationären Aufenthalts
- Höhere Therapiezufriedenheit



APAT – Wann?

- Nur i.v. Antibiotika möglich
- Keine absehbaren Komplikationen der ambulanten Therapie
- Häufigsten Indikationen: Infektionen, die einer längeren parenteralen Therapiedauer bedürfen
 - Haut- und Weichteilinfektionen
 - Gelenk- und Knocheninfektionen
 - Blutstrominfektionen
 - intraabdominelle und kardiovaskuläre Infektionen



APAT - Verfahrensablauf

- Anforderung Beratung/Konsil an das ABS-Team zur Prüfung der Indikation (nach Leitlinie und Geschäftsordnung ABS).
- **Alle APAT-Therapien müssen vorab dem ABS-Team gemeldet und konsentiert werden! Die Entscheidung ob eine APAT dem Patienten angeboten werden kann, trifft das Mitglied des ABS-Teams im Konsens mit dem Verordner.**
- Folgende Informationen sind an ABS@Mathias-Stiftung.de schriftlich mitzuteilen:
 - Anmeldender Arzt mit Telefonnummer:
 - Abteilung und Einrichtung:
 - Name, Vorname, Geburtsdatum Patient:
 - Vorgesehenes Antibiotikum mit Dosierung und Dauer der Antibiotikatherapie:
 - Indikation:

1. Prüfung der Möglichkeit einer APAT

Checkliste vorab	Ja	Nein
Indikation zur langandauernden intravenösen Antibiotikatherapie ist gegeben (orale Gabe ist nicht möglich) und im Konsens mit dem ABS-Team besprochen, der Krankenhausaufenthalt kann mit einer APAT um mindestens 3 Tage verkürzt werden		
Der Patient ist klinisch stabil und der Infektionsfokus sowie alle weiteren <u>Co-Morbiditäten</u> sind unter Kontrolle. Eine weitere medizinische Versorgung bedarf keiner Fortsetzung der Hospitalisierung.		
Es besteht eine gute kognitive und körperliche Ausgangssituation des Patienten oder eine Unterstützung durch das soziale Umfeld ist möglich		
Die Gabe der ersten Dosis des ambulant zu verabreichenden Antibiotikums wird/wurde in der Klinik unter ärztlicher Aufsicht verabreicht und gut vertragen .		
Der Patient ist mit der ambulanten Therapie einverstanden (Kontraindikation: iv-Drogenabusus, Alkoholabusus), hat die Therapie-/Katheter-assoziierten Risiken verstanden und eine entsprechende Aufklärung unterschrieben		
Eine Rücksprache mit dem ambulanten Verordner zur Sicherstellung der Fortführung der Verschreibung ist erfolgt und regelmäßige Kontrollen zur Beurteilung der Infektionserkrankung sind besprochen worden		
Katheter zur Verabreichung ist vorhanden/kann gelegt werden Anmeldung der <u>Katheteranlage</u> über Orbis (RIS- <u>Radiologieanmeldung/Angio</u>)		



Erst dann

1. Gespräch mit dem Weiterbehandler
2. Rücksprache mit dem Patienten
3. Anbieter Auswahl und Kontaktaufnahme mindestens 24 Stunden (besser früher)



FAQs

- **Welcher Zugang wird während des stationären Aufenthalts wie gelegt?**
Zugänge sind während des stationären Aufenthalts zu legen:
Midline Katheter (periphervenös für die Dauer von 1-6 Wochen), wenn vorhanden Port, Hickman, Broviac, PiCC Katheter, peripherer Verweilkatheter bei sehr guten Venenverhältnissen und sehr kurzer Therapiedauer.
Infizierte/Nicht laufende Zugänge entweder per Einweisung durch den ambulant betreuenden Arzt oder über die ZNA in die Klinik zur Wiederanlage. Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Radiologen zur Planung der zügigen Wiederanlage des Katheters.
- **Pädiatrische Patientenversorgung**
Pädiatrische Patienten ab ca. 3 Monaten theoretisch möglich
- **Haftung**
Die Verantwortung über die Therapie übernimmt der Verordner. Nach Übernahme der Therapie durch den Hausarzt, haftet dieser. Bei falscher Dosierung durch Apotheke oder für die Qualität der gelieferten Elastomerpumpen haftet die herstellende Apotheke.
- **Entlassmedikation – Kommunikation mit dem weiterverordnenden Niedergelassenen**
Rezeptierung der kleinsten Einheiten (bei KV-Ambulanzermächtigung auch länger möglich sofern Verschreibung von Arzneimitteln lt. Beschluss erlaubt). Es darf lediglich so viel verordnet werden, dass das Entlassmanagement einen nahtlosen Übergang in die ambulante Weiterbehandlung sicherstellt, also wie viel bis zur ersten ambulanten Vorstellung tatsächlich benötigt wird (Cave: Wochenende).
- **Kommunikation zwischen Klinikarzt und niedergelassenem Weiterbehandler!**
Niedergelassene Ärzte sollten Patienten, die eine kostenintensivere Behandlung benötigen als sogenannte Praxisbesonderheit separat dokumentieren. Die APAT-Teams der Firmen unterstützen bei den Begründungen der möglicherweise Extrabudgetären Leistungen. Sollte es zur Überprüfung kommen, hat der Arzt/die Ärztin die Möglichkeit, Diagnose und damit verbundene benötigte Therapie und Therapekoten darzulegen und somit seine Budgetüberschreitung zu begründen.



Größte „Fallstricke“

- Wer legt den Katheter?
- Ambulante Weiterbehandlung ohne Institutsambulanz
 - Kostenübernahme



Dr. Angela Grote-Reith

Chefärztin Medizinische Klinik IV – Geriatrie & Palliativmedizin