

Teilhabe und Ko-Kreation im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege aus der Sicht des Medizinischen Dienstes

Thomas Gaertner, Moritz Rau, Andreas Mappes, Ulfert Grimm, Annette Hoffmann-Götz, Patrick Schunda

Einleitung

In fortgesetzter Adaption der hierzulande ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention vom 3. Mai 2008 trat das **Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG)** am 29.10.2020 in Kraft [1, 2]. Auf dessen Grundlage wurde das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) mit der Erweiterung um den § 37c „**Außerklinische Intensivpflege**“ (AKI) für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege als eigene Rechtsform novelliert. In der operationalisierenden AKI-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird nicht nur auf die Versorgungssicherheit, sondern gleichermaßen auch die Förderung der individuellen Autonomie zur – soweit medizinisch möglich – **wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft** als Zielsetzung betont, mit insbesondere der Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung [3].

Die jährlich durchzuführenden persönlichen **Begutachtungen des Medizinischen Dienstes (MD)** dienen sowohl der sozialmedizinischen Indikationsüberprüfung als auch der Sicherstellung der Qualität medizinischer und pflegerischer Versorgung vor Ort [4]. Die Begutachtungen sind in Ko-Kreation mit den beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzten sowie den zugelassenen spezialisierten Pflegeeinrichtungen ein wesentlicher Faktor zur **Förderung einer wirksamen Teilhabe in der Lebenswelt** der Versicherten. In der vorliegenden Untersuchung werden Sicherstellung der AKI-Versorgung und deren jeweiliges Optimierungspotential analysiert.

Methode

Retrospektive Primäranalyse: durch den MD Hessen im Zeitraum vom 01.11.2023 bis 28.02.2025 erfolgte persönliche Inaugenscheinnahmen durch ein spezialisiertes Tandemteam aus Facharzt/Fachärztin plus Fachpflegekraft anhand der vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigten Begutachtungsanleitung des MD Bund.

Ergebnisse

Von den 1615 AKI-Gutachten mit Hausbesuch vor Ort wurden 1314 bei tracheotomierten und/oder beatmeten Versicherten erstellt. Bei den unter 18-Jährigen war formal bei gut 50 %, hingegen bei den Erwachsenen in über 90 % eine Potenzialerhebung zu fordern. Diese lag allerdings in beiden Gruppen lediglich in etwa 50 % der Fälle vor. An einer Stichprobe von 90 Gutachten wurde zudem nachgewiesen, dass gutachterlicherseits die dokumentierte Potenzialerhebung in nur 44 % als plausibel eingeschätzt werden konnte.

- Altersmedian: 56 Jahre
- Geschlecht: männlich 59 %, weiblich 41 %, divers 0 %.
- Leistungsort:
 - Häuslichkeit 57 %
 - vollstationäre Einrichtung 23 %
 - Intensiv-Wohngemeinschaft 14 %
 - sonstiger Leistungsort 5 %
- Versorgung: tracheotomiert 73 %, davon 35 % invasiv beatmet
- Durchgeführte erforderliche Potenzialerhebung zum Stichtag
 - 01.07.2024: 50 %
 - 28.02.2025: über 60 % (bei noch bis 30.06.2025 geltender Übergangsregelung)
- (perspektivisch) positives Weaning-/Dekanülierungspotenzial: 23 %
- sozialmedizinische Nachvollziehbarkeit der Versorgung: 91 %

Diskussion/Fazit

Die sozialmedizinische Begutachtung fokussiert auf die **Versorgungsqualität an den einzelnen Leistungsorten** mit der Zielsetzung einer bestmöglich selbstbestimmten Teilhabe jedes/jeder einzelnen AKI-Patienten/-in.

- 1 Den von der Kassenärztlichen Vereinigung autorisierten verordnenden Haus-/Fachärztinnen und -ärzten obliegt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung inklusive der Koordination der erforderlichen Maßnahmen.
- 2 Bei ca. 73 % der AKI-Patient/-innen ist die Potenzialerhebung zur Beatmungsentwöhnung und/oder Dekanülierung erforderlich. Die hierfür qualifizierten Fachärztinnen und -ärzte haben idealerweise bei bestehendem Potenzial eine Empfehlung (z. B. Aufnahme in einem Weaningzentrum) auszusprechen.
- 3 Der Intensivpflegedienst als zentraler Stakeholder hat die ärztlichen Empfehlungen und Verordnungen bestmöglich in den pflegerischen Tagesablauf einzubinden und umzusetzen. Weitere Therapieangebote wie Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie komplettieren hierbei die Förderung und Erhalt möglicher (residualer) Fähigkeiten der Patient/-innen.
- 4 Dem MD wird hierbei im Rahmen seiner jährlichen personbezogenen Begutachtungen vor Ort eine unabhängig beratende, im Sinne der Solidargemeinschaft tätige sozialmedizinische Kontrollfunktion zuteil [5].

In der Datenerhebung über 16 Monate zeigt sich ein positiver Trend hinsichtlich der Häufigkeit von Potenzialerhebungen. Abzuwarten und in größeren kollektiven Erhebungen zu untersuchen bleibt, ob im Sinne des GKV-IPReG die haus- und fachärztliche Versorgung ausreicht, die einzelnen Akteur/-innen verpflichtend in die Koordination mit einzubinden. Nur so können die Teilhabebedingungen der AKI-Patienten/-innen zukünftig nachhaltig verbessert werden.

Literatur

