

Außerklinische Intensivpflege: Status quo der Potenzialerhebung zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierungsstrategie

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

Einleitung

In Deutschland werden je nach Schätzung zwischen 15.000 und 25.000 Menschen in Form der außerklinischen Intensivpflege (AKI) versorgt. Davon werden rund 40 Prozent der Patienten/-innen invasiv und rund 22 Prozent teilweise oder durchgängig nichtinvasiv beatmet [1]. Die im Einzelfall indizierte, dann oft prologierte Beatmungsentwöhnung (Weaning) stellt, nicht zuletzt aufgrund häufiger Komorbiditäten, eine komplexe Intervention dar [2-6]. Deswegen ist eine leitliniengerechte Indikationsstellung mit fachgerechter Erhebung des **Potenzials zur Beatmungsentwöhnung und ggf. Dekanülierung** unabdingbar. Dementsprechend fordert dies modifiziert auch die AKI-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für diese Patienten/-innen: sowohl die Dokumentation aller Möglichkeiten der Therapieoptimierung als auch gegebenenfalls eine Anpassung der Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungsstrategie.

Die Potenzialerhebung selbst hat durch besonders qualifizierte, durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) beauftragte Vertragsfachärzte/-innen zu erfolgen. Die sozialmedizinische Indikation zur AKI, deren Qualität sowie die richtlinienkonforme Verordnung sind 1x jährlich durch persönliche Inaugenscheinnahme eines **Medizinischen Dienstes (MD)** auf der Grundlage einer vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigten Begutachtungsanleitung zu überprüfen. Analysiert werden sollte, wie sich dieses Patientenkollektiv zum Zeitpunkt der sozialmedizinischen Begutachtung hinsichtlich eines Weaning- und Dekanülierungspotenzials verhielt.

Methode

Sekundärdatenanalyse der standardisiert (und bundesweit einheitlich qualitätsgesichert) im Rahmen einer persönlichen Inaugenscheinnahme vor Ort erstellten Gutachten des MD Hessen anlässlich der vertragsärztlich verordneten AKI im Zeitraum von Oktober 2023 bis März 2025.

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.

Versorgungsort						Art der Versorgung (TS = Tracheostoma)			
Alter	Gesamt	Häuslichkeit	Pflegeheim	Wohngruppe	KiTa/Schule/ Werkstatt	Gesamt	TS mit Beatmung	TS ohne Beatmung	Beatmung ohne TS
O - 18 Jahre	399 (24,7 %)	243 (15,0 %)	69 (4,3 %)	9 (0,6 %)	78 (4,8 %)	202 (15,4 %)	79 (6,0 %)	54 (4,1 %)	69 (5,3 %)
> 18 Jahre	1216 (75,3 %)	677 (41,9 %)	303 (18,8 %)	226 (14,0 %)	10 (0,6 %)	1112 (84,6 %)	369 (28,1 %)	671 (51,1 %)	72 (5,4 %)
O - 97 Jahre	1615 (100 %)	920 (57,0 %)	372 (23,0 %)	235 (14,6 %)	88 (5,4 %)	1314 (100 %)	448 (34,1 %)	725 (55,2 %)	141 (10,7 %)

Musterformular 62A zur Weaning-Potenzialerhebung				Ergebnis der vorliegenden Potenzialerhebung		
Alter	Gesamt	vorliegend	nicht vorliegend	Gesamt	aktuell/perspektivisch vorhanden	nicht vorhanden
O - 18 Jahre	202 (15,4 %)	90 (44,6 %)	112 (55,4 %)	90 (12,8 %)	19 (21,1 %)	71 (78,9 %)
> 18 Jahre	1112 (84,6 %)	613 (55,1 %)	499 (44,9 %)	613 (87,2 %)	134 (21,9 %)	479 (78,1 %)
O - 97 Jahre	1314 (100 %)	703 (53,5 %)	611 (46,5 %)	703 (100 %)	153 (21,8 %)	550 (78,2 %)

Diskussion/Fazit

Eine Studie der deutschen Fachpflege wies in rund 16 Prozent der Fälle ein mögliches Potenzial nach, zuletzt blieb es bei einer tatsächlichen Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungsquote von etwa 5 Prozent [7]. Aufgrund einer temporären G-BA-Übergangsregelung muss die für AKI erforderliche Potenzialerhebung vorerst bis spätestens zum 30.06.2025 vorliegen. Die jetzt für Hessen (Flächenland mit zwei wirtschaftsstarken Metropolregionen, bundesweit mehr als 7 Prozent aller GKV-Versicherten) vorliegenden Daten können - bezogen auf die epidemiologische Situation in Deutschland – als repräsentativ betrachtet werden. Bei fast der Hälfte der tracheotomierten und/oder beatmeten Versicherten lag zum Begutachtungszeitpunkt **keine formal ausreichende, aussagekräftige Potenzialanalyse** vor, allerdings mit abnehmender Tendenz. Bei Beteiligung aller in Hessen durch die KV autorisierten AKI-Verordner/-innen (ca. 200) und AKI-Potenzialerheber/-innen (derzeit 35) sollte eine gesetzeskonforme Potenzialerhebungsquote nach Ablauf der Übergangsregelung mit zudem neu definierten Rahmenbedingungen flächendeckend realisierbar sein [8].

Momentan ist der Anteil der im Rahmen der AKI vorzulegenden Potenzialerhebungen noch recht hoch. Mit dem Ziel der Ausschöpfung vorhandener Weaning- und auch Dekanülierungsmöglichkeiten sollte eine Vernetzung aller an der AKI-Versorgung Beteiligten gefördert werden. Dazu beitragen könnten die zu erwartende neue gesetzliche Regelung sowie zwei angemeldete **AKI-Leitlinienprojekte**, einerseits bezogen auf Patienten/-innen mit respiratorischen Erkrankungen sowie andererseits auf solche mit Erkrankungen des Nervensystems oder der Muskulatur. Weitere, longitudinale Datenerhebungen, optimalerweise in Form eines Registers zur Überprüfung der Effektivität von Versorgungsstrukturen, sind sicherlich erforderlich.

Literatur

