

Handreichung für Betroffene

Begutachtung des Medizinischen Dienstes für Versicherte mit Bedarf an Außerklinischer Intensivpflege

Ziele des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG)

Ziele des GKV-IPReG ergeben sich auf der gesetzlichen Grundlage des GKV-IPReG und den konkretisierenden untergesetzlichen Normen:

- [der AKI-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege \(AKI-RL-G-BA\) vom 19.11.2021 und der ersten Änderung vom 20.07.2023](#) sowie
- [den Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Außerklinischer Intensivpflege sowie auch \(BRE-AKI\) vom 03.04.2023](#) mit Inkrafttreten 01.07.2023
- [der Begutachtungsanleitung Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr.2 SGB V und \(BGA-MD-AKI\) vom 26.09.2023](#)
- den Verordnungsformularen 62
 - [Formular 62A Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials](#)
 - [Formular 62B Verordnung außerklinischer Intensivpflege](#)
 - [Formular 62C Behandlungsplan](#)

Durch die Überführung des bisher in der Häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V und HKP-RL, Ziffer 24) geregelten Anspruches der Außerklinische Intensivpflege in den neuen § 37c SGB V, soll/sollen:

- Qualität, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit jeder Versorgung gewährleistet werden
- „Fehlanreizen“ im ambulanten Bereich entgegengewirkt, „Fehlversorgungen“ beendet und „Missbrauch“ verhindert werden
- die pflegerische und medizinische Versorgungsqualität durch höhere Qualitäts- und Strukturvorgaben gesichert und verbessert werden
- Weaningpotenziale der betroffenen Versicherten neu und wiederholt bewertet, ausgeschöpft und invasiv beatmete Menschen auf eine nicht-invasive Maskenbeatmung umgestellt werden
- Kosteneinsparungen im mittleren dreistelligen Millionenbereich bewirkt werden

- eine Allokation¹ von Pflegefachkräften beim Einsatz in Mehrfachversorgungen erfolgen
- Anreize, für die vom Gesetz bevorzugte, stationäre (Mehrfach-)Versorgung geschaffen werden

Handlungslogik der Krankenkassen, um diese Ziele zu erreichen:

- Misstrauensgeprägte Haltung gegenüber Patienten*innen sowie Leistungserbringern und ärztlichen Behandler*innen
- die Anforderungen an Leistungserbringer und Ärzt*innen werden erheblich erhöht
- Allokation von Pflegefachkräften herstellen
- ärztliche und pflegerische Ressourcen werden verknappt (Fachärzt*innen durch Heraufsetzen der strukturellen Anforderungen / Pflegefachkraftvorbehalt bei bestehender struktureller Mangellage)
- Hohe Kontrollintensität und -Frequenz der einzelnen Versorgung durch den Medizinischen Dienst (MD) am Ort der Versorgung
- Bei festgestellten Mängeln können die Krankenkassen Nachbesserungen von ihren Versicherten innerhalb einer Frist verlangen. Sie schließt zu diesem Zweck „Zielvereinbarungen“ nach § 37c SGB V. Gegebenenfalls sollen sich weitere Rehabilitationsträger an der Beseitigung der Mängel beteiligen. Problem: Beratung, Weiterleitung, Koordination und Einleitung des Gesamtplanverfahrens durch die Krankenkassen wurden nicht geregelt.
- Steuerung der Patient*innen in Mehrfachversorgungen, durch Beratungsauftrag der Krankenkassen zum geeigneten Leistungsort, bereits im Entlassmanagement der Klinik. Patient*innen mit dem Wunsch zur Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, die sich unter Entlassdruck übergangsweise in einer Beatmungs-WG versorgen lassen müssen, erhalten außer von An- und Zugehörigen keinerlei strukturierte Unterstützung, um eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit realisieren zu können
- Zielvereinbarungen im § 37c SGB V als Nachbesserungsforderungen der Krankenkassen

Außerklinische Intensivpflege nach dem GKV-IPReG – neue Aufgaben für den Medizinischen Dienst:

- Mit dem GKV-IPReG werden dem MD neue konkrete Aufgaben im Bereich der AKI zugewiesen. Die Verordnung von AKI löst mindestens 1x jährlich eine Begutachtung durch den MD aus und erfolgt sowohl nach Aktenlage als auch stets persönlich am Ort der Versorgung.

¹ Unter Allokation versteht man die möglichst effiziente Zuordnung, Aufteilung oder Verteilung von Ressourcen.



Erheblicher Bedeutungszuwachs des MD: MD- Gutachten ist Voraussetzung für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen

- Nach Eingang der Verordnung beauftragt die Krankenkasse den MD - jeweils vor ihrer Leistungsentscheidung, mit der Erstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens nach bundeseinheitlichen Regeln, mindestens einmal jährlich - am Ort der Versorgung und für jede*n Versicherte*n.
- Die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse wird in der Regel aufgrund des abgeschlossenen sozialmedizinischen Gutachtens getroffen. Eine ablehnende Leistungsentscheidung kann nicht vor Eingang des MD-Gutachtens getroffen werden.

§ 37c Abs. 2 SGB V: **„Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung, jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen.“**

Rechtsfolge: (Weiter)Leistung bis zum Vorliegen des Gutachtens.

- Die Bedeutung der persönlichen Begutachtung durch den MD, auf Grundlage § 37c SGB V / GKV-IPReG ist hervorzuheben, da Leistungsentscheidungen der Krankenkassen bisher überwiegend nur auf Grund der „Aktenlage“ gefällt wurden. Dies ist nun per Gesetz nicht mehr möglich. **„Die jährliche persönliche Begutachtung im Einzelfall und am Leistungsort, wird den Stellenwert und die Relevanz eines MD-Gutachtens für Versicherte mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege) auch in Sozialgerichtsprozessen maßgeblich erhöhen und stärken“.** (Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe in: SGB 05.21, Seite 261 ff)
- bei der von den Krankenkassen beabsichtigten Implementierung und Kontrolle neuer Vorgaben bezüglich der Versorgungsqualität in der AKI, kommt dem MD eine Schlüsselrolle zu und seit dem MDK-Reformgesetz (2021), ist der MD unabhängig von den Krankenkassen. Patientenseitig bietet diese Reform das Potenzial, auch Versorgungsmängel (z.B. einen Ablehnungsbescheid eines Hilfsmittels) bei der Begutachtung offen anzusprechen. Durch die Priorisierung und Steuerungsmechanismen des IPReG in Richtung stationärer (Mehrfach-)Versorgung, wird dieses Potenzial - im Rahmen von 1:1 Bestandsversorgungen - jedoch vermutlich eher selten genutzt werden, da große Ängste bezüglich der Versagung selbstbestimmter Versorgungsorte vorherrschen. Problematisch ist hier insbesondere das eklatante Machtgefälle, welches durch die Vulnerabilität und die existenzielle Abhängigkeit der Betroffenen charakterisiert ist.
- Der MD selbst sieht sich nicht in der Rolle AKI-Patient*innen, die freie Wahl ihres Wohn- und Versorgungsortes, zu versagen (Begutachtungsanleitung Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund). Prüfung der Indikation für die AKI, die persönliche Begutachtung und Prüfung einer sichergestellten medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort, stünden im Vordergrund. Zudem werden örtliche und persönliche Bedingungen im Einzelfall erfasst, sowie Hinweise zu Mängeln oder Optimierungspotenzial erteilt.
- Hinweise zu Mängeln bezüglich sichergestellter medizinischer und pflegerischer Versorgung am Leistungsort, meldet der MD an die Krankenkassen, die daraufhin zur Nachbesserung



„Zielvereinbarungen“ nach § 37c SGB V (es handelt sich um Nachbesserungs-forderungen) mit den Versicherten abschließt, um diese Mängel in einer „angemessenen Frist“ beseitigen zu lassen (Weiteres dazu auf Seite 15 dieser Handreichung)

- Dem MD ist es grundsätzlich untersagt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen (§ 275 Abs. 5 SGB V)

Qualifikation der Begutachter*innen des Medizinischen Dienstes

- Bezogen auf den Einzelfall ist nicht vorausgesetzt, dass die Gutachter*innen des MD über die gleiche Qualifikation und Expertise verfügen, wie die verordnenden und potenzialerhebenden Ärzt*innen. Die Rede ist von *angepassten* jedoch *nicht anforderungsgleichen* Qualifikationsanforderungen an die ärztlichen und nichtärztlichen Begutachter*innen.
- wesentlicher ärztlicher Aufgaben- und Verantwortungsbereich im Zusammenhang mit der Begutachtung liegt weiterhin in der Prüfung der Indikation für AKI, auf Grundlage von Arzt- und Entlassberichten, Verordnungsformularen 62 (A), B, C, etc.
- Erstbegutachtung im Rahmen des Krankenhaus-Entlassmanagements erfolgt weiterhin nach Aktenlage
- Die jährliche Vor-Ort-Begutachtung im Einzelfall (auf Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort) kann auch durch nichtärztliche MD-Mitarbeiter*innen erfolgen
- Bei unzutreffenden Gutachten (aus Sicht der Betroffenen) und / oder (rechtsmittelfähiger), ablehnender Leistungsentscheidung der Krankenkasse, können Betroffene Widerspruch gegen beides einlegen: *„Hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihre (Krankenkasse) Entscheidung ein sowie gegen das, Ihrer Entscheidung zugrunde liegende unzutreffende Gutachten des MD.“*

Untergesetzliche Rechtsnormen der Außerklinischen Intensivpflege:

Tragende Gründe zur AKI-RL: S.2, 1. - Rechtsgrundlagen

*„Der Anspruch auf AKI gemäß § 37c SGB V in Verbindung mit der vorliegenden Richtlinie **ersetzt** den Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung im Rahmen der HKP nach § 37 SGB V in Verbindung mit der HKP-RL (bislang Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL) Die **Regelung** in § 4 Abs 1 **stellt deshalb sicher, dass Versicherte, die nach bisherigem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung hatten, nach der neuen Rechtslage AKI beanspruchen können. Der bislang leistungsberechtigte Personenkreis wird hierdurch weder ausgeweitet noch eingengt.**“*

Quelle: [Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege, 19.11.2021](#)



§ 4 AKI-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung in den Fällen des §1 Abs 4 Satz 1 Nummer 4 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des §1 Abs 4 Satz 1 Nummer 1-3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

(2) Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen, kann nicht allein auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden.

Quelle: [Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege \(Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL\), zuletzt geändert am 20.07.2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger \(BAnz AT 14.09.2023 B3\), in Kraft getreten am 15.09.2023](#)

- Ein „**besonders hoher Bedarf**“ an (medizinischer) **Behandlungspflege**, meint die **Notwendigkeit spezieller Krankenbeobachtung und ständiger Interventionsbereitschaft** (unverändert im Vergleich zur alten HKP-RL) **im gesamten Versorgungszeitraum, durch** (AKI: neu – leistungsrechtliche Vorgabe) **eine geeignete Pflegefachkraft**.

Zitat aus der Gesetzesbegründung:

“Es wird ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Der Anspruch besteht für Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. (...). Insoweit wird auf die bestehende bewährte Abgrenzung des Anwendungsbereiches zurückgegriffen.

*Nach der Spezifizierung in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere, weil **behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist.***

Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen kann demnach nicht alleine auf das Vorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden.“

Quelle: [Deutscher Bundestag, Drucksache 19/19368, Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung \(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG\)](#)

Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch die Krankenkassen und den Medizinischen Dienst

Nachdem die Verordnungsformulare durch Leistungserbringer oder Versicherte, an die Krankenkasse übermittelt wurden, prüft die Krankenkasse die Verordnung von AKI auf Vollständigkeit (Potenzialerhebung, Verordnung, Antrag des Versicherten, Angaben zum Leistungserbringer / Persönliches Budget und den Behandlungsplan).

Die Krankenkasse erhält im Rahmen einer AKI-Verordnung (Novum und Alleinstellungsmerkmal, detaillierte, hochsensible und vertrauliche Patient*innendaten, die gemeinhin (bei allen anderen Diagnosegruppen) nur dem MD zugänglich sind und sein sollten.

Die Krankenkasse erteilt vor ihrer Leistungsentscheidung sodann dem MD den Auftrag, 1. zur Prüfung der Indikation und 2. zur Prüfung der sichergestellten medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort.

Die befundbezogene Prüfung (ärztliche Briefe, Doku, Beatmungsprotokolle) und auch die verordnungsbezogene Prüfung erfolgt weiterhin durch ärztliche MD-Gutachter*innen, nach Aktenlage. **Es ist möglich, dass diese*r ärztliche Gutachter*in, bei der persönlichen Begutachtung im Hintergrund bleibt.**

Struktur der MD-Begutachtung:

- die Begutachtung erfolgt am Leistungsort – aufsuchend - mindestens 1x jährlich - durch „Beobachtung“, „Gespräch“ und „Einsicht in die Dokumentation“
- **die Leitfragen sind: Ist jederzeit der Eintritt einer lebensbedrohlichen Situation möglich? Sind diese Situationen nicht vorhersehbar? Ist der/die Versicherte nicht in der Lage (Unselbstständigkeit), die notwendigen Interventionen selbst vorzunehmen?**
- die persönliche Begutachtung kann durch entsprechend qualifizierte examinierte Pflegefachkräfte, Atmungstherapeut*innen oder auch durch ärztliche Gutachter*innen im Auftrag des MD am Versorgungsort erfolgen. Bisherige Rückmeldungen zeigen, dass meist 2 Personen auftreten.
- Anschließend erteilt die Krankenkasse entweder aufgrund nicht erfüllter Leistungsvoraussetzungen eine ablehnende Leistungsentscheidung mit oder erteilt die Genehmigung der AKI, befristet für ein halbes, bzw. ein ganzes Jahr. Bei vorhandenem Weaningpotenzial oder anderen Gründen, die ein Ausscheiden der versicherten Person aus dem Leistungsanspruch erwarten lassen, kann die Genehmigung der Leistung auch kürzer befristet werden. Ebenso kann eine weitere unterjährige Prüfung des MD angesetzt werden.

Prüfung der Indikation

Die Begutachtung durch den MD ist auf die Beantwortung folgender Punkte ausgerichtet:

Liegen die Voraussetzungen für die AKI vor?

- Bzgl. wesentlicher zugrundeliegender und AKI-relevanter Diagnosen?

- Bzgl. aktueller, potenziell lebensbedrohlicher Funktionsstörungen?
- Bzgl. der unmittelbaren Notwendigkeit und nachgewiesenen Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen?
- Bzgl. der Häufigkeit potenziell lebensbedrohlicher Situationen und entsprechender behandlungspflegerischer Interventionen?
- Bzgl. der Unselbstständigkeit der / des Versicherten, in Bezug auf deren / dessen lebensnotwendiger Behandlungspflege?

Falls ja,

- Für wie viele Stunden täglich? (z.B. Abdeckung durch An- und Zugehörige möglich?)
- Für welchen Zeitraum? (nachts, 24/7, stundenweise tagsüber, Schulbegleitung etc.)
- Sind alle Möglichkeiten zur Therapieoptimierung bezüglich der die AKI verursachenden Grunderkrankung ausgeschöpft; z.B. medizintechnisch (Diabetes I), pharmakologisch (Epilepsie) oder im Hinblick auf Weaning- und Dekanülierungspotenzial, bzw. die Umstellung einer invasiven auf eine nicht-invasive Beatmung?
- Ergeben sich Hinweise, dass die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort nicht sichergestellt ist?
- Welche sonstigen Empfehlungen für die Versorgung können abgegeben werden?
- Wann ist eine Wiedervorlage mit welchen Unterlagen sinnvoll?

Die Voraussetzungen für die AKI im Sinne von § 37c SGB V können aus gutachterlicher Sicht als „erfüllt“, „eingeschränkt oder teilweise erfüllt“ (z.B. befristet oder statt für 24 Stunden nur für 12 Stunden erfüllt) oder „nicht erfüllt“ beurteilt werden.

Begutachtungsrelevante Unterlagen

Jedes MD-Gutachten beinhaltet eine Auflistung der zur Verfügung stehenden Unterlagen und strukturierten Informationen. Die für die Begutachtung notwendigen Unterlagen variieren in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und Anlass der Begutachtung (z.B. Erstgutachten, Folgegutachten, Widerspruchsgutachten). Folgende Unterlagen beinhalten in der Regel relevante Informationen und bilden wesentliche Grundlagen der Begutachtung:

- ✓ **Verordnungsformular** Muster 62 Außerklinische Intensivpflege (62A Ergebnis Potenzialerhebung, 62B Verordnung, 62C Behandlungsplan)
- ✓ ggf. Überleitungsbogen/vorläufige Entlassberichte der Klinik
- ✓ **Klinik-, Rehabilitations- und Facharztberichte, Konsiliarberichte, kardiologische oder neurologische Befundberichte, Entlassberichte, die vitale Funktionseinschränkungen dokumentieren**
 - a) bei beatmeten / tracheotomierten Patient*innen, z.B.: stationäre oder ambulante Beatmungskontrollen, Potenzialerhebung, Schluckdiagnostik
 - b) bei anderen AKI-relevanten Diagnosen, z.B. Störungen der Atmung, der Herz-Kreislauf-Funktion, des Stoffwechsels, des zentralen Nervensystems, des Wasser-Elektrolyt- und Säure-Basen-Gleichgewichts, der Nierenfunktion oder der Temperaturregulation, sofern diese Störungen häufig mit einer vitalen Bedrohung der Patient*innen verbunden sind oder zu einer Bedrohung werden können. Die sind z.B.



therapierefraktäre Epilepsie, Apnoen, Hypoventilation, Aspirationsgefahr, ventilatorische Insuffizienz aufgrund einer Querschnittlähmung sub C4, Atemmuskelparalyse, sakrale Hyperreflexie, autonome Dysreflexie, Abhängigkeit vom Absauggerät (Absaugpflicht) bei Querschnittlähmung, Hyperglykämie, Hypoglykämie bei Diabetes I, Diabetische Ketoazidose (siehe BGA-MD-AKI Seite 37-42)

- ✓ **Klinik-, Rehabilitations- und Facharztberichte, Konsiliarberichte, kardiologische oder neurologische Befundberichte, Entlassberichte, welche motorische und oder kognitive und oder psychische und oder altersbedingte Einschränkungen der Selbstständigkeit dokumentieren**
 - z.B. Paraplegie, Tetraparese, Hemiparese, posttraumatische Belastungsstörungen, intellektuelle Beeinträchtigungen, Angststörungen, altersbedingte Unselbständigkeit und Fähigkeit zum Selbstmanagement und der Verantwortungsübernahme (auch im Notfall)
- ✓ Dokumentationsunterlagen des Leistungserbringers nach § 132I SGB V - in der Regel der letzten 4 Wochen, z.B.: Beatmungs-, Absaug- und Vitalwerteprotokolle, Anfallsprotokolle, etc.
- ✓ Therapieberichte (Logopädie, Physio- und Ergotherapie)
- ✓ bei Kindern zusätzlich: Berichte von Spezialambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren, ggf. Polysomnographie-Befunde
- ✓ Pflegegutachten nach SGB XI
- ✓ Leistungsübersicht der Krankenkasse (z.B. Krankenhausaufenthalte, Hilfsmittelübersicht, Heilmittel)

Hinweis:

Respirator: Beatmungsgerät

Aspirator: Absauggerät

Weitere mögliche Fragestellungen während der Begutachtung: Fokus bei Beatmung und / oder Tracheotomie

- Besteht (weiterhin) Beatmungspflicht?
 - aufgrund welcher Diagnose?
 - über wie viele Stunden täglich?
 - invasiv über eine Trachealkanüle?
 - nicht-invasiv über eine Maske? mit welcher Maskenart?
- Aufgrund welcher Funktionsstörungen kann die Beatmung nicht selbstständig durchgeführt werden?
- Wann erfolgte die letzte beatmungsmedizinische Untersuchung?
- Wann ist die nächste beatmungsmedizinische Untersuchung geplant?

- Besteht nach Ihrer Einschätzung ein aktuelles oder perspektivisches Weaningpotenzial / falls nicht - warum nicht?
- Besteht (weiterhin) die Notwendigkeit eines Tracheostoma / einer Trachealkanülenversorgung?
 - aufgrund welcher Diagnose?
 - mit einer geblockten Trachealkanüle?
 - Warum ist ein Entblocken nicht möglich?
- Wie oft (tagesdurchschnittlich) sind endotracheale Sekretabsaugungen erforderlich? – Hinweis: alle Maßnahmen zur Freihaltung der Atemwege, sollten akribisch dokumentiert werden – dies sind bspw. auch das Abwischen eines Tracheostomas, Lagerungsmanöver, orales oder nasales Absaugen oder Anwendungen von Hustenhilfen
- Aufgrund welcher Beeinträchtigungen können das Trachealkanülenmanagement und die endotracheale Sekretabsaugung nicht selbstständig durchgeführt werden?
- Besteht nach Ihrer Einschätzung ein Dekanülierungspotenzial?
- Besteht (weiterhin) eine Schluckstörung?
 - aufgrund welcher Diagnose?
 - mit Aspirationsgefahr?
- Werden Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie durchgeführt?
- Wann wurde zuletzt eine Schluckdiagnostik durchgeführt?
- Wann ist die nächste Schluckdiagnostik geplant?
- Ggf. individuelle Fragen zu speziellem Sekretmanagement (Hustenhilfe etc.)
- Ggf. individuelle Fragen zur Versorgung von Kindern (Sauerstoffgabe, Epilepsie etc.)

Die Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes (BGA-MD-AKI) hebt ähnlich der AKI-RL des G-BA, stark auf Beatmungsbedarf und Tracheostoma ab.

Andere vitale Funktionsstörungen, die AKI-Bedarf auslösen können (z.B. der Sekretlimitation oder des Schluckens, Apnoen, Aspiration, Entsättigungsereignisse, vegetative Dysregulationsstörungen bei QSL, Bradikardysyndrom, Hypoxie, Hyperreflexie, dystone Krisen, orthostatische Dysregulation, metabolische Krisen, aber auch Konstellationen mit Highflow, Apnoebeatmung, Unterdruckbeatmung, Zwerchfellschrittmacher) erfahren keine Abbildung.

Weitere mögliche Fragestellungen während der Begutachtung: Fokus bei nichtbeatmeten und / oder nicht tracheotomierten Patient*innen

- Gibt es medikamentöse Therapien, die noch nicht erprobt worden sind?
- Gibt es Hilfsmittel, die noch nicht erprobt worden sind?
- Gibt es rehabilitative oder operative Maßnahmen, die eine Verbesserung in Aussicht stellen?
- ist z.B. aufgrund von Wachstum, Erholung oder anderer physiologischer Sachverhalte, eine Verbesserung der, dem AKI-Bedarf zugrundeliegenden Funktionseinschränkungen oder der Grunderkrankung, zu erwarten?

Hinweis: diese Patient*innengruppe erfährt in der BGA-MD-AKI deutlich weniger Beachtung. Stattdessen erfolgt eine Engführung auf Patient*innen mit Beatmung / Tracheotomie.

Zusammenfassung - welche Indikationen müssen als Anspruchsvoraussetzungen für die Genehmigung einer AKI-Versorgung erfüllt sein?

Ziel der jährlichen Begutachtung durch den MD ist die Prüfung, ob im Einzelfall die Voraussetzungen für die AKI gegeben sind.

Dies wird in der Regel der Fall sein, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- Die Notwendigkeit der Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen aufgrund vitaler Funktionsstörungen ist belegt.
- Lebensbedrohliche Ereignisse (aufgrund vitaler Funktionsstörungen) können potenziell täglich auftreten (Tragende Gründe zur AKI-RL 2.5. zu §§ 4 zu Abs. 1, S.9). Krankheitsbedingte vitale Funktionsstörungen sollten daher in der Verordnung, in ärztlichen Briefen, Krankenhaus-Entlassberichten oder vorherigen Gutachten konkret beschrieben und in einer geeigneten Form (täglich) dokumentiert werden.

Lebensbedrohliche Ereignisse müssen also weder rückblickend, tatsächlich täglich eingetreten sein oder zukünftig eintreten, **sondern maßgeblich ist, dass es krankheitsbedingt täglich zur Gefahr von Leib und Leben kommen könnte**. Es geht weniger um die Kontinuität von Verrichtungen wie „Absaugen“ etc., sondern um **die Notwendigkeit individueller Kontrolle und Einsatzbereitschaft im krankheitsspezifischen und individuellen Fall**. Ferner geht es um **die Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifen-Könnens zur Verhinderung eines möglichen, auf der Erkrankung basierenden, Risikos mit Gefahr für Leib und Leben sowie des vulnerablen Zustandes der betroffenen Person**.

- Notwendige medizinische Interventionen (Notfallmedikamente, Sauerstoffgabe, jede Form der Sekretabsaugung, Beatmung etc.), müssen also **bei Bedarf zu unvorhersehbaren** Zeitpunkten und stets **unverzüglich** erfolgen (bei Tag und Nacht oder „im gesamten Versorgungszeitraum, der auch zusammenhängende Tagesabschnitte umfassen kann). Hiervon abzugrenzen sind die sogenannten punktuellen Maßnahmen der Behandlungspflege, die weiterhin im Rahmen einer HKP-Verordnung erbracht werden können (z.B. 3x Medikamentengabe) sowie Maßnahmen der Grundpflege / Assistenz / der Eingliederungshilfe oder Prophylaxen, die in bestimmten regelmäßigen, zeitlichen festgelegten Korridoren durchgeführt werden können.
- Der betroffene Mensch kann die vitale Bedrohungslage weder selbst abwehren noch kann er / sie sich eigenständig aus diesen befreien.
- Er / sie kann die ärztlich verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen, Prävention und Interventionen aufgrund funktioneller Einschränkungen nicht selbständig durchführen. Dies kann der Fall sein:
 - bei zusätzlichen kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen



- durch altersbedingt fehlende Fähigkeiten im Selbstmanagement
- bei zusätzlich schweren körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen der Hände / Finger oder "gebrauchsunfähigen Extremitäten", bei fehlender Fähigkeit zur Eigenlagerung
- zusätzlich keiner oder eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit,
- wenn die Notlage zum sofortigen Knock Out führt und handlungsunfähig macht, z.B. bei Erstickungsnot, Bewusstlosigkeit **und jeder zeitlicher Aufschub der Intervention lebensbedrohlich sein könnte**. Diese zusätzlichen Funktionseinschränkungen sollten in der Verordnung, in ärztlichen Briefen, Krankenhaus-Entlassberichten oder Gutachten deutlich beschrieben sein.

Erst die Kombination aus funktionell beeinträchtigter Selbstständigkeit, dem Bedarf an Überwachung der Vitalfunktionen und der Notwendigkeit ständiger Interventionsbereitschaft aufgrund vitaler Funktionsstörungen, die potenziell täglich zu lebensbedrohlichen Notfällen führen können, ergeben sich die zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzungen für die AKI.

Konkrete Fallkonstellationen

- Trotz vorhandener Fähigkeit, selbstständig in vitalen Notlagen einen Notruf abzusetzen, ist der zeitliche Abstand zwischen dem Eintreten der Notlage und dem regional sichergestellten Eintreffen der notfallmedizinischen Rettung mit effektiver Hilfemaßnahmen, nicht ausreichend, um die Unversehrtheit zu garantieren;
- wenn Notfälle im Vorhinein, eben durch spezielle Krankenbeobachtung und präventive Interventionen regelmäßig verhindert wurden / werden - z.B. durch Lagerungsmanöver, Gabe von Notfallmedikamenten, Anwendung von Hilfsmitteln (und dies täglich sorgfältig dokumentiert wurde, d.h. belegbar ist);
- Bei Kindern, sofern deren Körperwahrnehmung oder die Fähigkeit zum Selbstmanagement der Erkrankung, alters- und entwicklungsabhängig (noch) eingeschränkt ist oder bei Jugendlichen / junge Erwachsenen mit zusätzlichen kognitiven oder motorischen Funktionsstörungen;
- Wenn Therapieziel und Patient*innenwille ausdrücklich auf das Überleben – durch kurativmedizinische / lebensverlängernde Therapieansätze - ausgerichtet sind - (Sicherung der Vitalfunktionen / Verhinderung lebensbedrohlicher Notfälle / Zustandserhaltung / Lebensverlängerung usw.) – Abgrenzung zu palliativen Situationen und Vorliegen einer Patientenverfügung, die jedes Eingreifen im Notfall sowie lebensverlängernde Maßnahmen verbieten. (BGA-MD-AKI, Seite 36 und Seite 16 in diesem Dokument). Kritischer Punkt!
- Wenn punktuelle Maßnahmen der Behandlungspflege in bestimmten zeitlichen Korridoren oder einfache Krankenbeobachtung im Rahmen der Grundpflege nicht ausreichen, um potenziell täglich eintretende vitale Notlagen auszuschließen;
- Wenn der Bedarf an spezieller Krankenbeobachtung und Interventionsbereitschaft begründbar zusammenhängend über mehrere Stunden bis zu 24/7 besteht (ungeachtet der möglichen Bereitschaft von An- und Zugehörigen, Behandlungspflege in bestimmten



Zeiträumen zu übernehmen, was sich nicht anspruchsmindernd auswirken darf). Dies wird der Fall sein, wenn vitale Funktionsstörungen vorliegen, die in der Regel 24/7 bestehen

Prüfung der sichergestellten pflegerischen und medizinischen Versorgung am Leistungsort

Folgende Bereiche können während der Begutachtung befragt werden:

- Inaugenscheinnahme und Untersuchung der versorgten Person (auf Vorliegen schwerer kognitiver, altersbedingter oder motorischer Funktionsbeeinträchtigungen, die verhindern, dass notwendige behandlungspflegerische Verrichtungen oder Interventionen selbständig durchgeführt werden können). Wichtig: Die Untersuchung erfolgt nicht am Leib und ist hier als synonym zu Analyse, Erforschung, Erkundung zu verstehen.
- Allgemeiner Pflege- und Ernährungszustand
- Erfassung und Bewertung von Vitalparametern
- Individuelles Überwachungskonzept: Welche Parameter werden wie oft erhoben? Welche Maßnahmen folgen aus der speziellen Krankenbeobachtung, um lebensbedrohliche Krisen zu verhindern? (z.B.: „wenn Sättigung unter 90 erfolgt Gabe von O₂ mit x/l/min, Puls über 140, dann y, wenn Blutdruck (RR) über x, dann..., wenn x, dann Inhalation oder Anwendung sekretlimitierender Maßnahmen“, etc.). Dabei geht es darum, zu dokumentieren, welche Maßnahmen auch präventiv bereits bei **ersten Anzeichen einer Eskalation** im Alltag ergriffen werden, um lebensbedrohliche Ereignisse im Vorfeld zu verhindern (Lagerungsmanöver, Maßnahmen zum Freihalten der Atemwege, Körperhaltung, Schutz und Beaufsichtigung beim Essen oder beim Kontakt mit Wasser, Anzeichen von respiratorischer oder muskulärer Erschöpfung, Schmerzen, Unterzuckerungssymptome, Schwindel, Übelkeit, Schwitzen, Frieren, Harndrang etc.)
- Art und Häufigkeit lebensbedrohlicher Ereignisse (z.B. Absaugung, Sekretverlegung, epileptische Anfälle, Blutzucker-Entgleisung, Symptome vegetativer Dysfunktion, Entsättigungsereignisse, Aspiration, drohende Ohnmacht) und detaillierter Maßnahmenbeschreibung, der dann sofort notwendigen Behandlungspflege (**akute Intervention + Gegenmaßnahmen und präventiver Maßnahmen im Vorfeld**) - wobei lebensbedrohliche Ereignisse weder in der Vergangenheit täglich eingetreten sein müssen, noch aktuell einzutreten haben. Maßgeblich ist stattdessen, **dass es krankheitsbedingt täglich dazu kommen könnte**. Es geht auch nicht um die Kontinuität von Verrichtungen wie „Absaugen“ etc., sondern um die Notwendigkeit individueller Kontrolle und Einsatzbereitschaft im krankheitsspezifischen und individuellen Fall, sowie um die Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifen-Könnens zur Verhinderung eines möglichen, auf der Erkrankung basierenden Risikos mit Gefahr für Leib und Leben, sowie des vulnerablen Zustandes der betroffenen Person.
- Alarmfunktionen, z.B. Alarmgrenzen am Pulsoximeter oder Beatmungsgeräten
- Notfallmanagement an sämtlichen Versorgungsorten – bei Kindern z.B. auch Schule und Kindergarten sowie Arbeitsplatz bei Erwachsenen: welche Intervention mit welchen Medikamenten, Hilfsmitteln oder Manövern erfolgt bei welchen Symptomen?



- Könnte die Rettungskette selbständig ausgelöst werden? Bei Unselbständigkeit - Ist eine individuelle Überwachungsstruktur durch die ständige Anwesenheit einer eingewiesenen Person permanent gegeben? Bestünde genügend zeitlicher Spielraum, um das Eintreffen der Rettung abzuwarten (gemäß Aussage der regionalen Rettungsleitstellen)? Sind verbindliche und konkrete medikamentöse und nichtmedikamentöse Notfallmaßnahmen bekannt und dokumentiert, die im Notfall zum Einsatz kommen? Ist das notwendige Equipment vorhanden (z.B. Notfallmedikamente, Sauerstoff, manuelle Beatmung (Ambubeutel), orale / nasale Absaugung)? Individuelle Angaben zur Überwachungsstruktur sowie zum Notfallmanagement müssen mit den vorhandenen Hilfsmitteln, der Dokumentation und den ärztlichen Anweisungen übereinstimmen!
- Umgang mit Absaugung und weiteren Maßnahmen zur Freihaltung der Atemwege und zum Sekretmanagements (an sämtlichen Versorgungsorten) - regelmäßig vorhersehbar oder nach Bedarf erforderlich?
- Umgang mit Tracheostoma und Trachealkanüle (Maßnahmen wie "Abwischen", Blocken, Entblocken, Platzhalter, Abkleben, Kanülenwechsel)
- Umgang mit Beatmung (z.B. unselbständig / selbständig, Anpassung von Parametern im Infektfall, Zweitgerät, externe Akkus)
- Umgang mit Sauerstoff (z.B. ständig oder im Bedarfsfall, Angaben zur Flussrate - mobil / stationär)
- Umgang mit Hygiene (Wechselintervalle der Verbrauchsmaterialien, Aufbewahrung / Lagerung, steriles / unsteriles Arbeiten)
- Aufbewahrung von Medikamenten und Verbrauchsmitteln
- Umgang mit Problemkeimbesiedelung
- Frage nach Hilfsmitteln und Geräteeinweisungen: Verwendete Hilfsmittel in Bezug auf die vitale Funktionseinschränkungen / Umgang mit diesen Hilfsmitteln (Geräteeinweisung) z.B. Monitor, Hustenassistent, Absauggerät, Inhalation, Beatmungsgerät, Trachealkanüle, Ambubeutel
- Frage nach Personalqualifikation- und Einsatz
- Frage nach der haus- und fachärztlichen Versorgung / Hausbesuchen / Durchführung von Kontrolluntersuchungen (und zur Überprüfung der Weaning- und Dekanülierungspotenziale)
- Frage nach der Heilmittelversorgung: Heilmittelversorgung mit Ziel von Dekanülierung und Weaning, bzw. Verbesserung der zugrundeliegenden Funktionsbeeinträchtigungen ist neu im Zusammenhang mit der Verordnung von AKI: hier empfiehlt sich im Voraus, das Gespräch mit dem / der verordnenden Arzt / Ärztin zu suchen und zu klären, inwieweit die Heilmittel „nur“ der leitliniengerechten Therapie der Grunderkrankung dienen oder inwieweit durch diese tatsächlich eine Verbesserung der Funktionsbeeinträchtigungen zu erwarten ist, die der AKI zugrunde liegen. (z.B. Physiotherapie - Kontrakturprophylaxe, Logopädie - Störungen der Mund- und Schluckmotorik)
- Frage nach interdisziplinärer Kommunikation und Kooperation
- Befragung der Person / Betreuer*innen / Angehörige

- Besonderheiten der baulichen Situation (insbesondere in von Leistungserbringern betriebenen Wohneinheiten nach § 132I SGB V)
- Durchsicht und Auswertung der Dokumentationsunterlagen (je nachdem, ob Pflegedienst oder Persönliches Budget, gelten (noch) unterschiedliche Standards für die Dokumentation. Sofern in der geltenden Zielvereinbarung (als Übereinkunft) keine Anforderungen an eine Dokumentation getroffen wurden, kann eine bestimmte Ausführung nicht vorausgesetzt werden. Es empfiehlt sich, zum Nachweis der Indikation für AKI eine strukturierte Informationssammlung zu führen.
- Begutachtung baulicher Voraussetzungen am Leistungsort (eine untergesetzliche Grundlage der Prüfnormen liegt nur für stationäre Leistungsorte bzw. für Intensivpflege-WGs in Form der Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V vor)

Gibt es Diagnosen oder Funktionsbeeinträchtigungen, die generell einen Anspruch auf AKI auslösen?

- Nein – es sind stets Indikation und Anspruchsvoraussetzungen für die AKI im Einzelfall zu prüfen.
- Meist wird es sich um eine Kombination aus vitalen Funktionsstörungen und anderer summierender Funktionsbeeinträchtigungen handeln, die einen Mix aus „Unselbständigkeit“, krankheitsbedingt potenziell lebensbedrohlichen Notlagen, eines hohen speziellen Beobachtungsbedarfs und einer hohen Interventionsfrequenz ergeben.
- Auch die persönlichen, familiären und örtlichen Gegebenheiten sind im Einzelfall einzubeziehen – wie konkret dies geschehen soll, darüber erfahren wir aus der MD-Begutachtungsanleitung für die AKI leider nichts Konkretes.

Beispiel: die nicht-invasive Beatmung (NIV) im Blickwinkel der MD-Begutachtungsanleitung

Es gibt im Wesentlichen folgende voraussetzungsreiche Fallkonstellationen, in denen der MD bei einer NIV die Voraussetzungen für die AKI als erfüllt ansieht:

- **NIV intermittierend² nachts und tagsüber**, zudem täglich zu unvorhersehbaren Zeitpunkten
- **zusätzlich notwendige Maßnahmen zum Sekretmanagement** bei eingeschränkter Hustenfunktion und zusätzlichen schweren motorischen Funktionsbeeinträchtigungen (z.B. nur geringe motorische Funktion einzelner Finger (wichtig: wie krisensicher sind die beatmungsfreien Intervalle?))
- **Lebenserhaltende kontinuierliche NIV** (über 16 Stunden) bei zusätzlich schweren motorischen Funktionseinschränkungen
- **NIV bei kognitiver oder alters- bzw. entwicklungsbedingter Unselbständigkeit** bezüglich der Durchführung der erforderlichen Maßnahmen (z.B. Undine-Kinder). Bei zeitlich

² Der Begriff intermittierend bezieht sich in der Medizin in erster Linie auf Krankheitsverläufe und bedeutet hier "wiederkehrend" oder "mit Unterbrechungen".



begrenztem Einsatz der Beatmung, gibt es dann Interpretationsspielraum bezüglich der Differenz zu einem Bedarf 24/7

- **Nächtliche NIV und zusätzlich ganztägiger Bedarf an Behandlungspflege** aufgrund einer weiteren vitalen Funktionsstörung wie bspw. der Sekretlimitation - also Abhängigkeit vom Aspirator oder aufwändigem und nicht zeitlich planbarem Sekretmanagement bei Bedarf – zusätzlich schwere motorische Funktionsstörungen

Beispiel: Invasive Beatmung im Blickwinkel der MD-Begutachtungsanleitung

ZU BEACHTEN: Die Überprüfung der Indikation für die AKI wird hier (wie bereits bei der Potenzialerhebung Formular 62A) immer zweifach vorgenommen – also jeweils getrennt bezüglich der Notwendigkeit von 1.) Beatmung und 2). des Tracheostomas

- Es kann bei der Prüfung (siehe Verordnungsvordruck 62A-Potenzialerhebung, bei dem ebenfalls beide Indikationen getrennt beurteilt werden und begründet werden müssen) bspw. ein Beatmungsbedarf bescheinigt, nicht jedoch die Notwendigkeit über den invasiven Zugang einer Trachealkanüle begründet werden – in diesem Fall wird die Möglichkeit geprüft werden, auf eine NIV umzustellen.
- Es liegen (noch) keine Erfahrungen vor, nach welchen Kriterien eine Umstellung auf NIV im individuellen Fall angemahnt werden wird. Bei einer Beatmungsdauer von über 16 Stunden gibt es keine Evidenz bezüglich der Überlegenheit einer NIV gegenüber der invasiven Beatmung. Bei Kindern und jungen Menschen, die seit Geburt oder Erkrankungsbeginn invasiv beatmet werden, wird mitunter ein Tracheostoma subjektiv als vorteilhaft in Bezug auf Teilhabe und Lebensqualität empfunden. Gleiches gilt für Menschen mit hoher Querschnittlähmung und lebenserhaltender Beatmung, sowie ALS-Patienten in fortgeschrittenen Stadien. Manchmal dient der Einsatz einer (geblockten) Trachealkanüle der Sicherstellung eines hohen Peep ("Positive End Expiratory Pressure") oder es ist auf Grund einer Abhängigkeit vom Aspirator und unphysiologischer Verhältnisse im Bronchialsystem (Stenosen, Atelektasen) ein sicherer (invasiver) Beatmungszugang notwendig. Potenzialerhebende und verordnende Ärzt*innen sollten dann die Gründe für eine invasive Beatmung sorgfältig aufführen. Die Leitlinie SK2 für die chronische ventilatorische Insuffizienz, definiert einen sehr engen Rahmen für die Indikation der invasiven Beatmung:
 - Husteninsuffizienz, so dass die Sekretlimitation bei NIV (ohne bedarfsgerechte / sofortige / unregelmäßig anfallende endotracheale Absaugmöglichkeit) nicht gegeben wäre, trotz sonstigem Sekretmanagement
 - Beatmungsbedarf über 16 Stunden – hier liegt schlichtweg keine Evidenz vor, ob der Beatmungsbedarf im individuellen Fall mit NIV sicherzustellen ist.
 - Sekretverhalte, die mit nicht-invasiven Mitteln nicht beherrschbar sind (z.B. aufgrund von Bronchostenosen, Verlegung der oberen Atemwege, Funktionsstörungen der Gesichts- und Schluckmuskulatur, fehlender Durchgängigkeit der oberen Atemwege, erhöhter Aspirationsgefahr bei fehlenden Schutzreflexen)

- Auch bei der invasiven Beatmung müssen für einen AKI-Anspruch zusätzliche Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die Patient*innen hindern, die invasive Beatmung selbst durchzuführen und zu überwachen

Beispiel: Fallkonstellation ohne Beatmung oder Tracheostoma

Hier verweisen wir auf knappe und zum Teil kritikwürdige Darstellung auf Seiten von 36 bis 42 der MD-BGA.

Abgrenzung Außerklinische Intensivpflege zur Palliativversorgung (lt. BGA-MD-AKI)

Leistungen aus beiden Versorgungsformen schließen sich grundsätzlich nicht gegenseitig aus. So können, je nach zugrunde liegendem Krankheitsbild im Laufe einer AKI, punktuelle Beratungen durch ein Team der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) bzw. der Spezialisierten Ambulanten Pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) zur Evaluation von Therapiezielen und -Maßnahmen aus sozialmedizinischer Sicht begründet sein. In weit fortgeschrittenen palliativen Versorgungssituationen, ist jedoch die ggf. notwendige aufwändige Palliativpflege von einer AKI abzugrenzen.

- In der Konstellation
 - a. palliativmedizinische Therapie mit dem Ziel der Symptomlinderung
 - b. keine Außerklinische Beatmung
 - c. nicht trachealkanüliert

sind die Voraussetzungen für die Außerklinische Intensivpflege (mit dem vorrangigen Ziel der Sicherstellung der Vitalfunktionen) laut der MD-Begutachtungsanleitung „nicht erfüllt“. Der oder die Versicherte benötigt eine Palliativversorgung mit dem vorrangigen Ziel, stark belastende Symptome zu lindern und möglichst lange eine gute Lebensqualität zu erhalten.

- In diesen Fällen kämen folgende Leistungen in Betracht:
 - a. allgemeine ambulante Palliativversorgung
 - b. Symptomkontrolle bei Palliativpatient*innen (Ziffer 24a der Anlage zur HKP-Richtlinie)
 - c. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV bzw. SAPPV), Versorgung in einem Hospiz

Unter einer palliativmedizinisch ausgerichteten Therapie, bei der eine Außerklinische Beatmung oder ein absaugpflichtiges Tracheostoma medizinisch indiziert ist und zusätzlich eine motorische bzw. kognitive Einschränkung besteht, können die Voraussetzungen für die Außerklinische Intensivpflege „erfüllt“ sein.

Abgrenzung: kein AKI-Bedarf

- punktuelle Maßnahmen der Behandlungspflege werden als ausreichend erachtet – z.B., wenn keine zusätzlichen (motorischen / kognitiven / altersbedingten) Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen

- es besteht kein Bedarf an unplanbaren / sofortigen lebenssichernden Interventionen
- **es kann nicht (potenziell täglich) zu lebensbedrohlichen krankheitsbedingten Notlagen kommen**

→ **behandlungspflegerische Maßnahmen können dann:**

- **In regelmäßigen zeitlichen Intervallen stattfinden, weil planbar: z.B. 2x tgl. Medikamentengabe oder 3x tgl. Cough-Assist + Inhalation zu festen Zeiten, oder morgens und abends Beatmungsmaske an- / ablegen**

Wenn durch krankheitsspezifische Funktionsstörungen, lebensbedrohliche Notlagen retrospektiv in der Doku „zu selten“ aufgetreten sind, mag MD-seitig argumentiert werden, es handele sich um ein „allgemeines Lebensrisiko“ und eine Indikation für AKI läge nicht vor.

Dagegen gehalten werden sollte dann, dass entsprechende Notlagen eben durch spezielle Krankenbeobachtung gerade verhindert worden sind. Wenn im vorgängigen Verordnungszeitraum und auf Grund der gleichen vitalen Funktionsstörungen eine HKP ärztlich verordnet und kassenseitig genehmigt wurde, stehen die Chancen gut, per Widerspruch und einstweiliger Verfügung einen weiteren Anspruch auf AKI deutlich machen zu können. Hierzu braucht es aussagekräftige ärztliche Berichte, die beschreiben, welche konkreten Notlagen mit welchen möglichen, für Leib und Leben bedrohenden Folgen, potenziell täglich eintreten können.

Kombination aus täglich-stundenweise-begrenzter AKI (§ 37c SGB V) und weiteren punktuellen Leistungen aus dem HKP-Leistungsverzeichnis auf einer 2. Verordnung nach HKP (§ 37 SGB V)

Wenn AKI lediglich stundenweise verordnet wurde (z.B. als Nachtwache oder zur Schulbegleitung), ist zu prüfen, ob weitere punktuelle Bedarfe an Behandlungspflege in den übrigen Tageszeiträumen bestehen, die dann separat auf einer zweiten HKP-VO aufgeführt werden müssen: bspw. Verbände, Katheterisierung, Darmmanagement bei neurogener Funktionsstörung, Medikamentengabe, BZ-Messung, Wundversorgung, PEG, MRSA-Sanierung, Stomaversorgung etc.

Diese punktuellen Leistungen der HKP, laut HKP-Verzeichnis, kommen allerdings nur dann in Betracht, wenn die behandlungspflegerischen Leistungen regelmäßig wiederkehrend vorkommen und planbar sind, z.B. in zeitlich festgelegten Intervallen. **Alle unvorhersehbaren, sofort notwendigen lebensrettenden Interventionen** (Beatmungsbedarf, Bedarf an Sekretmanagement) oder die Notwendigkeit einer speziellen Krankenbeobachtung, werden von punktuellen Leistungen der HKP nicht erfasst, sondern stellen AKI-Bedarf her, sofern zusätzlich der Sachverhalt der Unselbstständigkeit gegeben ist (zusätzliche motorische / kognitive Funktionseinschränkungen)

Zielvereinbarung als Nachbesserungsforderung - neu im § 37c SGB V

Nicht zu verwechseln mit Zielvereinbarungen nach § 29 SGB IX

- Bei festgestellten Mängeln bezüglich einer nicht sichergestellten pflegerischen und medizinischen Versorgung am Leistungsort, kann die Krankenkasse Nachbesserungen von ihren Versicherten innerhalb einer Frist verlangen. Sie schließt zu diesem Zweck



fristgebende „Zielvereinbarungen“ nach § 37c SGB V ab. Gegebenenfalls sollen sich weitere Rehabilitationsträger an den Nachbesserungen beteiligen.

- **Bei Zielvereinbarungen nach § 37c SGB V, handelt es sich nicht um „Vereinbarungen“ im Wortsinn, sondern um einseitige Nachbesserungsforderungen der Krankenkasse gegen die Versicherten.** Im Sinne der Gesetzesbegründung sollen Zielvereinbarungen zum Erhalt des gewünschten Wohn- und Versorgungsortes beitragen. Mit Erfüllung der Nachbesserungsforderungen können die Versicherten dem Verweis an einen „besser geeigneten Versorgungsort“ entgehen.
- Beratung, Weiterleitung, Koordination und Einleitung des Gesamtplanverfahrens durch die Krankenkasse bei Zielvereinbarungen bezüglich „nicht sicher gestellter pflegerischer und medizinischer Versorgung am gewünschten Leistungsort“, wurden nicht geregelt: Es finden sich weder Angaben zu konkreten Gegenständen dieser „Mängelprüfung“ am Leistungsort, noch eine Festlegung entsprechender Koordinations- oder Weiterleitungsaufgaben der Krankenkassen für den Fall, dass sich aus den Nachbesserungsforderungen Ansprüche nach anderen Büchern der Sozialgesetzgebung ergeben (strukturelle oder bauliche Mängel). Das BTHG verpflichtet alle Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit in Bezug auf individuelle, personenzentrierte und bedarfsdeckende Leistungen.
- Es finden sich keinerlei spezifische Angaben zu den Zielvereinbarungen nach § 37c SGB V in der AKI-RL des G-BA oder in der BGA-MD-AKI

→ Problem: fehlen extern gesetzte und insofern fremdbestimmte materielle oder strukturelle Voraussetzungen der gesetzlich neu geregelten Leistung der AKI am Leistungsort (z.B. in Mietwohnungen oder strukturschwachen Regionen), liegt es nicht im Einflussbereich der Versicherten, diese im Rahmen einer Mitwirkungspflicht nachzubessern.

→ Es gilt aufmerksam zu beobachten, welche „Mängel“ Gegenstände von Zielvereinbarungen nach § 37c SGB V werden und ob diese Zielvereinbarungen, der gesetzgeberischen Intention gemäß, dazu beitragen, die freie Wahl des Wohn- und Versorgungsortes für Menschen mit AKI-Bedarf zu sichern.

Einsicht in das MD-Gutachten

- Die Krankenkasse muss auf Nachfrage der/des Versicherten das sozialmedizinische Gutachten weiterleiten.
- Möglich ist auch, das vollständige Gutachten direkt beim MD anzufordern.
- Wir raten prinzipiell zur schriftlichen Einforderung des Gutachtens, auch wenn weder der Inhalt noch die daraus folgende Kassenentscheidung beanstandet werden soll.
- Wir raten dazu, sich proaktiv die Qualifikation der begutachtenden Personen nennen zu lassen.
- Bei konkreten Beschwerden über unkorrektes Verhalten von Mitarbeiter*innen des MD während der Begutachtung können Sie jeweils das bundeslandspezifische Beschwerdemanagement des MD bzw. Ombudspersonen kontaktieren (Link am Ende des Dokuments).

Vorgehen bei Widersprüchen

Bei, aus Sicht der Betroffenen unzutreffenden Gutachten und ablehnender Entscheidung der Krankenkasse, können Betroffene gegen beides Widerspruch einlegen: *„Hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihre (Krankenkasse) Entscheidung ein sowie gegen das, Ihrer Entscheidung zugrunde liegende fehlerhafte/unzutreffend Gutachten des MD.“*

Bei einem Widerspruch prüft der/die Erstgutachter*in, ob er/sie aufgrund neuer Gesichtspunkte zu einem anderen Ergebnis kommt. Ist dies nicht der Fall, muss ein Widerspruchsgutachten durch ein*e Zweitgutachter*in erfolgen. Die Entscheidungsgrundlage der vorausgegangenen Stellungnahme ist im Gutachten darzustellen. Auf die im Widerspruch aufgeführten Argumente ist im Gutachten einzugehen, Für und Wider sind ausführlich zu begründen. Zur Erläuterung des Ergebnisses ist im Gutachten der Hinweis aufzunehmen, dass das ausführliche Gutachten im MD für Berechtigte einzusehen ist.

Eine regelhafte neuerliche Begutachtung am Leistungsort ist nicht zwingend erforderlich, die Entscheidung obliegt der/dem ärztlichen Gutachter*in.

Bei drohenden Versorgungsabbrüchen durch Kassenentscheidungen raten wir, umgehend anwaltliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, um mit einer einstweiligen Anordnung den Versorgungszustand bis zur Entscheidung des Widerspruchs aufrecht zu erhalten. **Ein Widerspruch kann selbst eingelegt werden, wir empfehlen jedoch aufgrund dieser existenziellen Bedrohungen, die Begründung mithilfe eine*n Anwält*in, die/der Sie im weiteren Verfahren vertreten wird, zu formulieren.**

Kritik aus Betroffenenensicht

Gesetzliche und untergesetzliche Regelungen des GKV-IPReG bergen die Gefahr:

- neben den gesetzlichen, zusätzliche Anspruchsvoraussetzungen einzuführen z.B.: ein dokumentierter Notfall täglich;
- den Kreis der Anspruchsberechtigten im Vergleich zur früheren HKP einzuengen und auf punktuelle Leistungen der HKP, die SAPV, die EGH oder SGB XI zu verweisen;
- Regelmäßig krankheitsbedingte vital bedrohliche Ereignisse, die nicht tatsächlich täglich stattfinden, als „allgemeine Lebensrisiken“ zu bewerten und Versicherte auf den Leistungsbereich des SGB XI und / oder IX zu verweisen;
- In Fällen, in denen die notwendige Interventions- und Beobachtungsleistung nicht unbedingt durch Pflegefachkräfte erbracht werden muss, sondern eine strukturierte Einarbeitung / Anleitung / Schulung von Laienkräften ausreichend ist, mit Verweis auf den gesetzlichen Fachkraftvorbehalt in § 37c SGB V, an die EGH oder SGB XI-allgemeine Krankenbeobachtung zu verweisen;
- Die Notwendigkeit spezieller Krankenbeobachtung und Interventionsbereitschaft abzuerkennen und stattdessen auf punktuelle Leistungen der Behandlungspflege in



Zeitkorridoren zu verweisen. (z.B. 3x pro Schultag durch einen Pflegedienst den Blutzucker kontrollieren zu lassen, was für keinen Leistungserbringer wirtschaftlich abbildbar ist);

- Individuelle Selbstbestimmung gegen abstrakte Patient*innensicherheit auszuspielen;
- Die Teilhabe intensivpflegebedürftiger Kinder, Jugendlicher, junger Erwachsener und Erwachsener in Kita, Schule Ausbildung, Studium, Arbeitsplatz, Werkstatt oder Förderstätte bei „nicht erfüllter Anspruchsvoraussetzung“, ab sofort unmöglich zu machen;
- Bei der sozialmedizinischen Begutachtung nach SGB V, „Mängel“ zu erfassen, die Versicherte im Rahmen ihrer Mitwirkungspflichten nicht ohne Weiteres beseitigen können. So zum Beispiel, wenn materielle oder strukturelle Voraussetzungen fehlen, wie üblicherweise in Mietwohnungen oder strukturschwachen Regionen;
- zielgerichtete präventive- und Gegenmaßnahmen nicht zu berücksichtigen, die durchgeführt wurden, um Notfällen im Vorfeld zu begegnen. Wenn nicht akribisch dokumentiert wird, geraten die Versicherten in eine rückwärtige Nachweispflicht, um ihren Anspruch zu sichern;
- Vorlagepflichten für Arztberichte zu erheben, die der Beantwortung von Fragen der Krankenkasse dienen, z.B. FEES, Medikamentenspiegel, andere Diagnostik – ungeachtet der regionalen Verfügbarkeit, struktureller oder organisatorischer Hürden, des Aufwandes und deren Sinnhaftigkeit im Einzelfall;
- Mit dem übergreifenden Ziel der Hinführung zu Entwöhnung und Dekanülierung, individuelle Therapieziele zu konterkarieren. Weaning und Dekanülierung bergen insbesondere nach Langzeitabhängigkeit hohe gesundheitliche Risiken, über die aktuell unzureichend aufgeklärt wird. Stattdessen wird interessengeleitet pauschal eine Verbesserung der Lebensqualität für alle beatmeten und tracheotomierten Versicherten behauptet.
- Falls mit Bezug auf diese BGA oder die AKI-RL individuelle Leistungsansprüche verkürzt oder abgewiesen werden, ist rechtlich zu prüfen:
 - ob wesentliche Entscheidungen abgeleitet wurden, die dem Gesetzgeber vorbehalten sind, dazu gehören bspw. Einschränkungen des berechtigten Personenkreises;
 - ob zusätzliche Maßstäbe, Kriterien und diverse weitere Anspruchsvoraussetzungen eingeführt wurden;
 - ob persönliche, familiäre, lebensweltliche oder örtliche Umstände und / oder die Wünsche der Versicherten sowie deren Recht auf Selbstbestimmung berücksichtigt wurden (insbes. bei Neuversorgungen und im Rahmen des Entlassmanagements);
 - ob realitätsferne, eingreifende, belastende oder praktisch unerfüllbare Forderungen bzgl. struktureller oder baulicher Voraussetzungen (bspw. in Mietwohnungen) gemacht und die Grenzen der Mitwirkungspflicht beachtet werden;
 - ob Ableitungen im Widerspruch zu anderen Büchern der Sozialgesetzgebung stehen.

Sonderfall: Persönliches Budget – hier kann und sollte stets die Gefahr der Aushebelung menschenrechtlicher Bestimmungen geprüft werden. Bei der Wahlmöglichkeit zum Persönlichen Budget geht es um Grundrechte. Die Wahlmöglichkeit ist im Grundgesetz verankert und die §§ 8

und 29 SGB IX führen dies genauer aus. Weiter kann die UN-BRK (englische Originalfassung oder [dt. Schattenübersetzung](#)) mit dem Begriff "personal assistance" herangezogen werden. In der englischen Fassung wird der Begriff mehrfach beschrieben, in der von den Behindertenverbänden als ungenau kritisierten deutschen Übersetzung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales fälschlich als „Hilfe“ betitelt, nicht als Assistenz.

Spannungsfeld zwischen „Patient*innensicherheit“ und „Selbstbestimmung“ aus Sicht des MD – Sicherheit sticht Selbstbestimmung? -

Zitate aus der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes zur Außerklinischen Intensivpflege (MD-BGA-AKI, S. 25):

- 1) **„Die Versorgung von Versicherten mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege stellt hohe Anforderungen an die Patient*innensicherheit. Die oben genannten Aspekte sollen helfen, relevante Risiken zu identifizieren und mögliche Verbesserungspotenziale aufzuzeigen.“**
- 2) **„In der außerklinischen Intensivpflege können Konflikte zwischen Selbstbestimmung und Patient*innensicherheit bestehen, dennoch ist bei der Begutachtung auf relevante Risiken und Verbesserungsmaßnahmen einzugehen.“**

Schlagwörter wie „Patient*innensicherheit“ und „Selbstbestimmung“ stellen nicht wie hier angedeutet, polare Gegensätze oder Konzepte dar, sondern müssen unter den Maßgaben der Menschenrechte und einer gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderung stets zusammengedacht werden. „Gesunde“ bzw. „nicht-behinderte“ Menschen wägen täglich situationsbezogen ab, welche Risiken sie in Kauf nehmen, um bspw. mit dem Auto zur Arbeit zu fahren und mündige Bürger*innen gehen im Alltag täglich Kompromisse ein und wägen Bedürfnisse, Erfordernisse und Gefahren, erfahrungs-, kultur- und sozialisationspezifisch, gegeneinander ab. So muss es aufgrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes auch möglich sein, einen Intensivpflegebedarf in individuelle und selbstbestimmte Lebenskonzepte zu integrieren.

Die Grenze verläuft hier eher zwischen häuslicher und vollstationärer Versorgung, in der sich Menschen (hoffentlich freiwillig) einem institutionellen Versorgungskonzept mit entsprechenden Rahmenbedingungen und Personalschlüsseln zu unterwerfen haben. Im häuslichen Bereich von Privatwohnungen, **müssen Freizügigkeit, Selbstbestimmung, Verantwortungsübernahme und der Schutz der Privatsphäre** gelten, die in der AKI individuell mit den Zielen der Leistung und mit dem Sachverhalt abzugleichen sind, dass die eigenen vier Wände gleichzeitig der Arbeitsplatz professioneller Leistungserbringer oder eines Assistenzteams sind.

Ein obsoletes, ableistisches und rein technokratisch-paternalistischer Konzept von „Patient*innensicherheit“, das AKI-abhängige Menschen auf „Objekte“ reduziert und „AKI-Versorgung“ per se als entmündigende Fremdbestimmung fasst, widerspricht den Grund- und Menschenrechten (siehe hierzu die UN-Behindertenrechtskonvention), mit denen Konzepte wie „bevormundende Fürsorge“ und „wohlmeinender Zwang“ unvereinbar sind.



Weiter widerspricht die Einführung des Gesetzes die kurative Behandlung, (Heilung / "Beseitigung des Übels" durch Hinführung auf Weaning und Dekanülierung um jeden Preis) **dem rehabilitativen Ansatz des SGB IX, mit dem die volle Teilhabe auch mit Hilfsmitteln (hier: Beatmung / Trachealkanüle) zum Ausgleich von Behinderungen und mit dem Ziel der größtmöglichen Teilhabefähigkeit angestrebt wird. Es bleibt wachsam zu beobachten**, wie - im Rahmen der Ausrichtung individueller Versorgung an höchstmöglicher Teilhabefähigkeit-, Lebenssachverhalte, Wohnverhältnisse und die Ausübung der gesundheitlichen Selbstbestimmung vom MD im Zusammenhang mit der „Patient*innensicherheit“ bewertet werden.

Abschließend

Hilfreiche Links:

[Informationsportal Leben mit Außerklinischer Intensivpflege der ISL e. V](#)

[Handlungsempfehlungen rund um das Thema Außerklinische Intensivpflege](#)

[Informationen zu unseren digitalen Veranstaltungen und Workshops zum Thema AKI](#)

[Übersicht der Ombudspersonen der Medizinischen Dienste](#)

[Digitaler Informationsflyer zum Projekt "Das Recht auf Außerklinische Intensivpflege – Begleitung und Umsetzung aus Betroffenenperspektive"](#) für weitere Betroffene, Kliniken, Selbsthilfevereine und Multiplikator*innen

[Deutsche Schattenübersetzung des Netzwerk Art. 3 der UN-Behindertenrechtskonvention](#)

Weitere Quellen:

[Leistungsverzeichnis der HKP: G-BA: Richtlinie des G-BA über die VO von häuslicher Krankenpflege letzte Änderung: 31.10.23 / S. 14-35](#)

Fassung vom 19.02.2024