

Die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie

Ratgeber für Menschen mit Intensivpflegebedarf

Seit dem 31.10.2023 ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) endgültig verbindlich. Verordnungen über die sogenannte spezielle Krankenbeobachtung nach dem alten Recht haben zum gleichen Zeitpunkt ihre Gültigkeit verloren. Die AKI-RL konkretisiert Regelungen des umstrittenen Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG). Sie regelt u.a., für welchen Personenkreis außerklinische Intensivpflege verordnet werden darf und welche Ärzt:innen zur Verordnung befugt sind. Der vorliegende Ratgeber des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) stellt wichtige Regelungen der AKI-RL vor und gibt hilfreiche Tipps für Menschen mit Intensivpflegebedarf.

Betroffen von der AKI-RL sind etwa 22.500 Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Diese haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege (AKI). Wie auf der Intensivstation eines Krankenhauses muss ihr Gesundheitszustand rund um die Uhr beobachtet werden und im Falle von lebensbedrohlichen Situationen jederzeit ein rettender Eingriff möglich sein. Die meisten Anspruchsberechtigten werden künstlich beatmet. Betroffen von AKI können aber auch Menschen sein, die aus anderen Gründen regelmäßig in lebensbedrohliche Situationen geraten, wie z.B. Menschen mit medikamentös schwer einstellbaren Epilepsien und hoher Krampfanfall-Frequenz oder Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1.

BEACHTEN:

Die Erstfassung der AKI-RL ist bereits am 18.3.2022 in Kraft getreten. Durch einen Beschluss des G-BA vom 20.7.2023 sind Änderungen an der AKI-RL erfolgt, die am 15.9.2023 in Kraft getreten sind. Unter anderem gilt dadurch jetzt bis Ende 2024 eine Ausnahmeregelung für die Potenzialerhebung. Auch wurde der Kreis der zur Potenzialerhebung befugten Ärzt:innen für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige erweitert.

I. Sonderrecht für Intensivpflegebedürftige

Für die AKI wurde mit dem GKV-IPReG eine neue Regelungssystematik geschaffen. Die AKI, die bislang Bestandteil der in § 37 SGB V geregelten „Häuslichen Krankenpflege“ war, wurde aus § 37 SGB V ausgegliedert und in die neue Regelung des § 37c SGB V überführt. Aufgrund dieser neuen Systematik haben gesetzlich Versicherte mit Intensivpflegebedarf seit dem 31.10.2023 keinen Anspruch mehr auf häusliche Krankenpflege, sondern können nur noch AKI nach der Spezialvorschrift des § 37c SGB V erhalten.

Die AKI-RL vollzieht diese neue Regelungssystematik auf der untergesetzlichen Ebene nach: Maßgeblich für die Verordnung von AKI ist jetzt nicht mehr die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL), nach der die Leistung bislang als sogenannte spezielle Krankenbeobachtung verordnet werden konnte, sondern die AKI-RL. Die Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL, in der die spezielle Krankenbeobachtung bislang verortet war, wurde deshalb vom G-BA mit Wirkung vom 31.10.2023 gestrichen.

BEACHTEN:

Den Ausschluss von Menschen mit Intensivpflegebedarf aus dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege und die hiermit verbundene Schaffung eines Sonderrechts für den betroffenen Personenkreis hatte der bvkm im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-IPReG immer wieder nachdrücklich kritisiert. Die Stellungnahmen des bvkm sind auf der Webseite www.bvkm.de unter folgendem [Link](#) zu finden.

II. Inhalt der AKI-RL

Einige zentrale Regelungen der AKI-RL werden nachfolgend dargestellt.

1. Anspruchsberechtigter Personenkreis

Der Personenkreis, der Anspruch auf AKI hat, wird in § 4 AKI-RL bestimmt. Verordnet werden kann die Leistung danach für Versicherte, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist. Die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß der erforderlichen Interventionen dürfen dabei im Voraus nicht bestimmbar sein.

TIPP:

Damit AKI-Patient:innen die Voraussetzungen für die Verordnung von AKI nachweisen können, empfiehlt es sich, ein Pfl egetagebuch zu führen, in dem zum einen Datum, Uhrzeit, Dauer und Symptome der aufgetretenen lebensbedrohlichen Situationen (z.B. epileptischer Anfall) und zum anderen die Maßnahmen dokumentiert werden, die die Pflegepersonen (eingesetzte Pflegefachkraft, Angehöriger, Assistenzkraft im Rahmen des Persönlichen Budgets) zur Abwendung der Krise unternommen haben (z.B. Sauerstoffgabe, Sekretabsaugung, Gabe eines Bedarfsmedikaments o.ä.).

Problematisch kann die Verordnung von AKI in den Fällen sein, in denen nicht jeden Tag eine Krisenintervention real erforderlich ist. Das Kriterium „mit hoher Wahrscheinlichkeit *täglich*“ wird dann häufig als nicht erfüllt angesehen.

TIPP:

In diesen Fällen sollten sich Betroffene auf die Rechtsprechung des Sozialgerichts München (Beschluss vom 23.4.2020, Az. S 15 KR 393/20 ER) und des Sozialgerichts Berlin (Urteil vom 7.11.2014, Az. S 89 KR 1954/11) berufen. Die betreffenden Gerichte haben in ihren Entscheidungen zu diesem Punkt ausgeführt, dass es rechtlich nicht erforderlich sei, dass lebensbedrohliche Situationen tatsächlich täglich auftreten. Ausreichend sei, dass sie mit einer

hinreichend großen Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können. In dieselbe Richtung gehen die Ausführungen unter 2.5 der Tragenden Gründe zu § 4 AKI-RL. Dort wird ebenfalls klargestellt, dass es nicht erforderlich ist, dass die lebensbedrohlichen Situationen tatsächlich täglich auftreten. Wörtlich heißt es dort: „Ausreichend ist, dass sie prospektiv betrachtet mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können.“ Auf diese Ausführungen in den Tragenden Gründen sollten sich Betroffene deshalb zusätzlich berufen.

Es empfiehlt sich in diesen Fällen ebenfalls, eine Rechtsanwältin oder einen Rechtsanwalt hinzuzuziehen, um den Anspruch auf AKI und die Erfolgsaussichten seiner rechtlichen Durchsetzung sorgfältig prüfen zu lassen. Ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen von § 4 AKI-RL nicht erfüllt sind, eine besondere Beobachtung und Kontrolle der oder des Betroffenen zur Vermeidung von lebensbedrohlichen Situationen in dem jeweiligen Einzelfall aber dennoch medizinisch geboten ist, kann anstelle von AKI unter Umständen ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in Betracht kommen. Zwar sieht die HKP-RL, die den Anspruch nach § 37 SGB V als untergesetzliche Norm konkretisiert, eine solche Leistung nicht ausdrücklich vor. Der Ausschluss einer medizinisch im Einzelfall gebotenen Leistung aus dem Katalog der verordnungsfähigen Leistungen verstößt aber gegen § 37 SGB V als höherrangiges Recht. Als untergesetzliche Norm ist die HKP-RL insoweit für die Sozialgerichte nicht verbindlich (Bundessozialgericht, Urteil vom 10. November 2005, Az. B 3 KR 38/04 R).

Die Verordnung von AKI setzt voraus, dass die „ständige Anwesenheit einer geeigneten *Pflegefachkraft*“ erforderlich ist. Die Pflegefachkraftpflicht ist damit tatbestandliche Voraussetzung der AKI. Geeignete Pflegefachkräfte sind beruflich ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen sowie Altenpfleger:innen, die zusätzliche Qualifikationen für die Versorgung von intensivpflegebedürftigen Patient:innen erworben haben. Einzelheiten regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V, die unter folgendem [Link](#) abrufbar sind.

Schwierigkeiten in Bezug auf diesen Aspekt können Fallkonstellationen bereiten, in denen es nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes nicht der Anwesenheit einer beruflich ausgebildeten Pflegefachkraft bedarf, um auftretende lebensbedrohliche Situationen abzuwenden, sondern in denen der Einsatz einer eingewiesenen Hilfskraft oder die Beaufsichtigung durch angelernte Lehrer:innen oder Erzieher:innen in den Schulen bzw. Kindergärten vermeintlich ausreichend ist, um die Versorgung der Betroffenen sicherzustellen.

TIPP

Auch in diesen Fällen sollten sich Betroffene an eine Rechtsanwältin oder einen Rechtsanwalt wenden, um einen möglichen Anspruch auf AKI sorgfältig prüfen zu lassen. Ebenso wie in den oben bereits genannten Fallkonstellationen kann auch hier anstelle von AKI unter Umständen ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in Betracht kommen, wenn eine besondere Beobachtung und Kontrolle der oder des Betroffenen zur Vermeidung lebensbedrohlicher Situationen in dem jeweiligen Einzelfall medizinisch geboten ist. Dass die HKP-RL als untergesetzliche Norm eine solche Leistung nicht explizit vorsieht, steht dem nicht entgegen (Bundesozialgericht, Urteil vom 10. November 2005, Az. B 3 KR 38/04 R).

Wichtig zu wissen zum Anspruch auf AKI ist außerdem Folgendes: Mit der Festlegung des leistungsberechtigten Personenkreises in § 4 AKI-RL übernimmt die AKI-RL nahezu wortgleich die Regelung der speziellen Krankenbeobachtung nach der bisherigen Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL, nach der die Leistung bislang für den betroffenen Personenkreis verordnungsfähig war. Sichergestellt werden soll damit, dass Versicherte, die nach bislang geltendem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung hatten, nach der neuen Rechtslage AKI beanspruchen können. In den Tragenden Gründen zu § 4 AKI-RL hat der G-BA deshalb unter 2.5 klargestellt, dass der bislang leistungsberechtigte Personenkreis durch § 4 AKI-RL weder ausgeweitet noch eingengt wird.

TIPP:

AKI-Patient:innen, denen bis zum 30.10.2023 spezielle Krankenbeobachtung nach Nummer 24 der HKP-RL verordnet worden war, müssen ab dem 31.10.2023 eine Verordnung über AKI nach der AKI-RL erhalten. Verweigert die Krankenkasse die Genehmigung einer solchen Verordnung, sollten Betroffene hiergegen Widerspruch einlegen und sich zur Begründung auf die Ausführungen unter 2.5 der Tragenden Gründe zu § 4 AKI-RL berufen.

Probleme bei der Verordnung von AKI nach dem neuen Recht sollten außerdem der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL) gemeldet werden. Die ISL sammelt auf der Webseite www.aki-hkp.de Berichte von Betroffenen zu Schwierigkeiten bei der Umstellung auf die neue Rechtslage. Die Rückmeldungen sind wichtig, damit die Behindertenverbände über Versorgungsprobleme in der Praxis informiert sind und sich wirksam für gesetzliche Nachbesserungen einsetzen können.

2. Potenzialerhebung bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten

Ein zentrales Anliegen des Gesetzgebers beim GKV-IPReG war es, bestehende Fehlversorgungen im Bereich der AKI zu beseitigen. Vorgesehen ist deshalb in § 5 AKI-RL, dass bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten vor jeder Verordnung das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) individuell erhoben und dokumentiert werden muss. Diese Erhebung muss durch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen erfolgen und kann auch telemedizinisch durchgeführt werden. Mindestens einmal jährlich muss die Erhebung jedoch unmittelbar persönlich, vorrangig an dem Ort erfolgen, an dem die AKI erbracht wird. Ausnahmen von der persönlichen Untersuchung sind im Einzelfall möglich (§ 5 Absatz 3 Satz 4 AKI-RL). Im Rahmen der Potenzialerhebung werden sowohl rein medizinische Faktoren beurteilt, wie z.B. Sitz und Funktion der Trachealkanüle, als auch die Lebensqualität erhoben sowie Möglichkeiten der Therapieoptimierung geprüft.

BEACHTEN:

Eine Potenzialerhebung ist nur bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten Voraussetzung für die Verordnung von AKI. Bei Versicherten, die weder beatmet noch trachealkanüliert sind, muss keine Potenzialerhebung erfolgen. Einer Potenzialerhebung bedarf es also z.B. nicht bei Versicherten mit schwer einstellbaren Epilepsien und hoher Krampfanfall-Frequenz oder Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1.

a) Übergangsrecht: Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung bis Ende 2024

Bis Ende 2024 gilt eine Ausnahmeregelung für die eigentlich zwingend vor jeder Verordnung vorgesehene Potenzialerhebung. In dieser Zeit kann AKI bei beatmeten oder trachealkanülierten Patient:innen auch ohne Prüfung des Potenzials für eine Entwöhnung von der Beatmung oder Dekanülierung weiterverordnet werden, sofern hierfür keine qualifizierten Fachärzt:innen rechtzeitig zur Verfügung stehen (§ 5a AKI-RL). Die fehlende Verfügbarkeit müssen die verordnenden Ärzt:innen auf der Verordnung dokumentieren. Hintergrund dieser am 20.7.2023 vom G-BA beschlossenen Ausnahmeregelung ist die bislang zu geringe Anzahl an potenzialerhebenden Ärzt:innen.

b) Ausnahmen von der Potenzialerhebung bei dauerhaft indizierter Beatmung

Vom grundsätzlichen Erfordernis der Potenzialerhebung sind ferner Ausnahmen für Patient:innen vorgesehen, bei denen die Beatmung aufgrund ihrer Grunderkrankung dauerhaft indiziert ist. Bei ihnen sind weitere Überprüfungen des Entwöhnungspotenzials entbehrlich, wenn innerhalb von zwei Jahren zweimal in Folge festgestellt wurde, dass eine Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist (§ 5 Absatz 6 Satz 1 AKI-RL).

3. Qualifikation der potenzialerhebenden Ärzt:innen

Die Potenzialerhebung darf nur durch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen erfolgen (§ 8 AKI-RL). Bei erwachsenen Versicherten sind das zum einen Fachärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Fachärzt:innen für Innere Medizin und Pneumologie und zum anderen Fachärzt:innen, wenn sie ihre Kompetenz durch eine einschlägige Tätigkeit in der Beatmungsentwöhnung auf sogenannten Weaning-Stationen nachweisen können (§ 8 Absatz 1 AKI-RL).

BEACHTEN:

Neu ist seit dem 15.9.2023, dass bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 AKI-RL genannten Ärzt:innen noch weitere Fachärzt:innen die Potenzialerhebung vornehmen dürfen (§ 8 Absatz 2 AKI-RL). Dabei handelt es sich zum einen um Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie und zum anderen um Fachärzt:innen, wenn sie ihre Kompetenz durch eine einschlägige Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten Kindern und Jugendlichen nachweisen können. Die einschlägige Tätigkeit muss auf einer für diesen Personenkreis spezialisierten Einheit erfolgt sein. Das können z.B. Kinderintensivstationen oder entsprechend spezialisierte Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sein. Für die Potenzialerhebung bei jungen Volljährigen kann der Kompetenzerwerb außerdem in entsprechend spezialisierten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) erfolgen.

Für die Durchführung der Potenzialerhebung brauchen die genannten Ärzt:innen eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung (§ 8 Absatz 5 AKI-RL).

TIPP:

Damit AKI-Patient:innen zu potenzialerhebenden Ärzt:innen in ihrer Region Kontakt aufnehmen können, werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals www.gesund.bund.de veröffentlicht. Die Suchmaske für die AKI findet man dort unter folgendem [Link](#).

4. Qualifikation der verordnenden Ärzt:innen

Auch die Verordnung von AKI ist nur noch bestimmten Ärzt:innen erlaubt (§ 9 AKI-RL).

a) Bei beatmeten und trachealkanülierten Patient:innen

Bei beatmeten und trachealkanülierten Versicherten dürfen zum einen die zur Potenzialerhebung befugten Ärzt:innen und zum anderen Fachärzt:innen für Innere Medizin und Pneumologie, für Anästhesiologie, für Neurologie, für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin AKI verordnen (§ 9 Absatz 1 Satz 1 und 2 AKI-RL). Ärzt:innen anderer Facharztgruppen können ebenfalls AKI verordnen, sofern sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen und aufgrund einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verordnung befugt sind (§ 9 Absatz 1 Satz 3 AKI-RL).

BEACHTEN:

Die Erweiterung der Verordnungsbefugnis um weitere Facharztgruppen ist durch den Beschluss des G-BA vom 20.7.2023 mit Wirkung vom 15.9.2023 erfolgt. Bislang war in der Vorschrift lediglich eine Verordnung durch Hausärzt:innen mit entsprechender Genehmigung vorgesehen. Durch die Erweiterung soll die Versorgungskontinuität erhalten bleiben und insbesondere denjenigen Ärzt:innen, die bislang spezielle Krankenbeobachtung nach der bisherigen Nummer 24 der HKP-RL verordnet haben, die Versorgung von AKI-Patient:innen weiterhin ermöglicht werden.

TIPP:

Damit AKI-Patient:innen zu verordnenden Ärzt:innen in ihrer Region Kontakt aufnehmen können, werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals www.gesund.bund.de veröffentlicht. Die Suchmaske für die AKI findet man dort unter folgendem [Link](#).

Zurzeit sind noch nicht genügend verordnungsbefugte Ärzt:innen in der Arztsuche gelistet. Einige Betroffene suchen deshalb derzeit vergeblich nach Ärzt:innen, die ihnen Verordnungen nach dem neuen Recht ausstellen. Die ISL erklärt, was in diesen Fällen zu tun ist, und stellt hierfür auf der Webseite www.aki-hkp.de die Handlungsempfehlung „[Ich finde keine:n AKI-verordnende Ärzt:in](#)“ zum kostenlosen Download bereit.

b) Bei Patient:innen, die nicht beatmet oder trachealkanüliert sind

Bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung von AKI durch Fachärzt:innen, die auf die Erkrankung spezialisiert sind, welche den Bedarf an AKI auslöst. Bei Versicherten mit therapieresistenten Anfallsleiden können das z.B. die Fachärzt:innen für Neurologie sein. Andere Vertragsärzt:innen können nur im Konsil mit diesen Fachärzt:innen die AKI verordnen (§ 9 Absatz 2 AKI-RL).

BEACHTEN:

Ärzt:innen, die für diese Gruppe von Patient:innen AKI verordnen dürfen, sind nicht über die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals www.gesund.bund.de zu finden.

5. Leistungsinhalte

Die Leistungsinhalte der AKI sind in § 3 AKI-RL festgelegt. Wesentliche Leistungsinhalte sind die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Erbringung der AKI durch eine geeignete Pflegefachkraft. Ferner umfasst die AKI u.a. die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes, die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen sowie die Anleitung von Angehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen.

6. Versorgung durch Angehörige

In § 12 AKI-RL ist vorgesehen, dass eine Beteiligung von Angehörigen an der medizinischen Behandlungspflege ermöglicht werden muss, soweit diese und die Betroffenen es wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die Angehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. Die Versorgung mit AKI durch Angehörige erfolgt also auf freiwilliger Basis und kann weder erwartet noch erzwungen werden. Das unterscheidet die AKI von der häuslichen Krankenpflege, auf die gemäß § 37 Absatz 3 SGB V lediglich dann ein Anspruch besteht, wenn niemand aus dem Haushalt die Versorgung übernehmen

kann. Ungeachtet der gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben sehen sich allerdings Eltern, Ehepartner und andere Angehörige notgedrungen aufgrund des erheblichen Fachkräftemangels häufig dazu veranlasst, einen Teil der Pflege selbst zu übernehmen, um die Versorgung ihrer intensivpflegebedürftigen Angehörigen in der Familie sicherzustellen.

7. Verfahren und Dauer der Verordnung

Die §§ 6 und 7 AKI-RL regeln das Verfahren und die Dauer der Verordnung. Unter anderem ist bei der Verordnung eine Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch die verordnende Vertragsärzt:in mit den AKI-Patient:innen durchzuführen. Die Erstverordnung von AKI soll einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten. Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden. Sofern bei beatmeten Versicherten eine Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, können Folgeverordnungen sogar für bis zu zwölf Monate ausgestellt werden.

Für die Verordnung von AKI, die Potenzialerhebung und den Behandlungsplan gelten die folgenden drei neuen Formulare:

- » Ergebnis der Potenzialerhebung: Formular 62A
- » Verordnung: Formular 62B
- » Behandlungsplan: Formular 62C

Die Formulare müssen von den Ärzt:innen ausgefüllt und anschließend von den Versicherten bei ihrer Krankenkasse zur Genehmigung eingereicht werden. Auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung www.kbv.de stehen die Formulare unter folgendem [Link](#) zum Download bereit.

TIPP:

Die ISL gibt auf ihrer Webseite www.aki-hkp.de Hinweise dazu, worauf AKI-Patient:innen achten sollten, damit die Formulare von den Ärzt:innen korrekt ausgefüllt werden. Die [„Handlungsanweisung zum Ausfüllen der Verordnungsformulare 62“](#) steht dort zum kostenlosen Download bereit.

8. Genehmigung der Verordnung

Die von den Versicherten vorgelegte Verordnung für AKI muss von der Krankenkasse genehmigt werden (§ 11 Absatz 1 AKI-RL). Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die AKI erfüllt sind, beauftragt die Krankenkasse den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung der Versicherten. Diese Begutachtung erfolgt an dem Ort, an dem die AKI erbracht wird, also z.B. in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten. Die am 26.9.2023 in Kraft getretene Begutachtungsanleitung AKI (BGA AKI) des Medizinischen Dienstes Bund regelt die Kriterien, Maßstäbe sowie Arbeits- und Bewertungsschritte für diese Begutachtung.

TIPP:

Die BGA AKI ist auf der Webseite des Medizinischen Dienstes Bund www.md-bund.de unter folgendem [Link](#) abrufbar. Einzelne Kapitel der BGA AKI widmen sich z.B. den Voraussetzungen von AKI bei Nichtinvasiver Beatmung, bei Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 oder bei Kindern und Jugendlichen mit therapieresistenten Anfallsleiden.

9. Versorgung mit AKI am gewünschten Leistungsort

Der Medizinische Dienst prüft nicht nur die Anspruchsvoraussetzungen für die AKI, sondern auch ob die Versorgung mit AKI am gewünschten Leistungsort – also z.B. in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten – sichergestellt ist. Hierbei wird geprüft, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann. Dabei sind laut Gesetz die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen (§ 37c Absatz 2 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V).

In Bezug auf diesen Teil der Begutachtung geht die BGA AKI auf den Seiten 24 – 26 aber ausschließlich auf die pflegerischen Aspekte ein. Geprüft werden sollen z.B. das individuelle Überwachungskonzept, der Umgang mit Hygiene und die Besonderheiten der baulichen Situation des Versorgungsorts. Etwaige zu berücksichtigende persönliche, familiäre und örtliche Umstände werden dagegen in der BGA AKI nicht genannt.

TIPP:

Die Wahl des Wohnortes und der Schutz der Familie sind Grundrechte. Darüber hinaus dient die AKI im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch der Verbesserung der Lebensqualität (§ 2 Absatz 1 Satz 2 AKI-RL). Das Leben im privaten Wohnraum kann die Lebensqualität und die Bewältigung von Krankheitsfolgen positiv beeinflussen. Ist

die Versorgung mit AKI in der eigenen Häuslichkeit gewünscht, empfiehlt der bvkm deshalb, dass AKI-Patient:innen die Gutachter:innen des Medizinischen Dienstes bei der Begutachtung – sofern im jeweiligen Einzelfall zutreffend – auf folgende persönliche, familiäre und örtliche Umstände hinweisen sollten:

Persönliche Umstände:

- *Besuch von Kindergarten, Schule*
- *Studium, Ausbildung, Arbeitsplatz*
- *Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Tagesförderstätte*
- *Alter (z.B. wegen Unzumutbarkeit des Umzugs in ein Seniorenpflegeheim für einen jungen Menschen mit AKI-Bedarf)*
- *Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit und deshalb Angewiesenheit auf Pflege durch Vertrauenspersonen*

Familiäre Umstände:

- *Bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, ist davon auszugehen, dass die Versorgung bevorzugt innerhalb des eigenen Haushaltes oder der Familie erfolgen soll und auch an Orten wie Schulen, Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen zu ermöglichen ist, so dass die Betroffenen mit ihren primären Bezugspersonen aufwachsen können und nach ihren Möglichkeiten am Leben in der Gemeinschaft teilhaben (Tragende Gründe zu § 1 Absatz 4 AKI-RL).*
- *Bei Müttern und Vätern mit Intensivpflegebedarf ist ebenfalls der Schutz der Familie (Art. 6 GG) zu berücksichtigen und davon auszugehen, dass ihre Versorgung bevorzugt innerhalb des eigenen Haushaltes oder der Familie erfolgen soll, damit sie ihre elterliche Sorge ausüben können.*
- *Das Zusammenleben in einer Ehe oder Partnerschaft ist ebenfalls zu berücksichtigen.*

Örtliche Umstände:

- *Die gewohnte Umgebung wirkt positiv auf die subjektiv empfundene Lebensqualität und trägt zur Bewältigung der Krankheitsfolgen bei.*
- *Die Einbindung in die Nachbarschaft wirkt stabilisierend, ermöglicht die Kontaktpflege zu Nachbarn, Bekannten, Kirchengemeinden, Vereinen vor Ort und die Teilhabe an gewohnten Aktivitäten.*

- *Eine große Entfernung zwischen einer aufnahmebereiten Pflegeeinrichtung und dem bisherigen Wohnort ist aufgrund drohender Vereinsamung unzumutbar.*

III. Inkrafttreten und Übergangsregelungen

Seit dem 31.10.2023 ist die AKI-RL endgültig verbindlich. Verordnungen über die spezielle Krankenbeobachtung nach der bisherigen Nummer 24 der HKP-RL haben zum gleichen Zeitpunkt ihre Gültigkeit verloren. Für AKI-Patient:innen gilt jetzt nur noch die AKI-RL.

In Bezug auf die Potenzialerhebung hat der G-BA am 20.7.2023 eine Übergangsregelung beschlossen. Diese gilt bis Ende 2024. Nach dieser in § 5a AKI-RL verorteten Regelung kann AKI übergangsweise auch ohne Potenzialerhebung verordnet werden, sofern hierfür keine qualifizierten Fachärzt:innen rechtzeitig zur Verfügung stehen (siehe dazu die Ausführungen oben unter II.) 2.) a)).

BEACHTEN:

Für die am 18.3.2022 in Kraft getretene AKI-RL galt zunächst insgesamt Übergangsrecht. In der Zeit vom 1.1.2023 bis 30.10.2023 konnten Verordnungen wahlweise entweder nach der AKI-RL oder nach der HKP-RL erfolgen. Den Antrag der Patientenvertretung vom 1.6.2023, diese Übergangsregelung um zwei weitere Jahre zu verlängern, um zunächst verlässliche ärztliche Versorgungsstrukturen flächendeckend aufzubauen, hat der G-BA am 20.7.2023 abgelehnt.

IV. Fazit und Ausblick

Bereits heute zeigt sich, dass das GKV-IPReG und die dieses Gesetz konkretisierende AKI-RL zu Rechtsunklarheit sowie zu Fehlentwicklungen, Leistungsverschiebungen und Versorgungsproblemen führt. Unter anderem steht zu befürchten, dass sich der bislang leistungsberechtigte Personenkreis trotz der anderslautenden Ausführungen in den Tragenden Gründen der AKI-RL verengt und dass die rechtssichere Verordnung von AKI durch unklare Voraussetzungen gefährdet wird. Auch ist die Leistungserbringung von AKI im Rahmen eines Persönlichen Budgets künftig mit erheblichen Unsicherheiten verbunden.

BEACHTEN

Mit ihrem am 19.9.2023 veröffentlichten Positionspapier haben deshalb der bvkm und 19 weitere Verbände auf Probleme bei der Umsetzung des GKV-IPReG aufmerksam gemacht und den Gesetzgeber zu Nachbesserungen aufgefordert. Auf der Webseite www.bvkm.de kann das Positionspapier unter folgendem [Link](#) heruntergeladen werden.

Anlass zur Hoffnung, dass erforderliche Nachbesserungen am GKV-IPReG erfolgen werden, gibt der Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP. Dort heißt es: „Bei der intensivpflegerischen Versorgung muss die freie Wahl des Wohnorts erhalten bleiben. Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) soll daraufhin evaluiert und nötigenfalls nachgesteuert werden. Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich.“ An dieses Versprechen wird sich die Bundesregierung halten müssen.

Weitere Infos und hilfreiche Links:

- » Die AKI-RL des G-BA ist abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/123/>
- » Der Beschluss des G-BA vom 20.7.2023 zur Änderung der AKI-RL ist abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/6100/>
- » Der Beschluss des G-BA zur Streichung der Nummer 24 in der HKP-RL ist abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5152/>
- » Die BGA AKI des Medizinischen Dienstes Bund ist abrufbar unter folgendem [Link](#).
- » Eine Broschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur AKI gibt es unter folgendem [Link](#).
- » Im Rahmen eines von der Aktion Mensch geförderten Projekts bietet die ISL Beratung, Fortbildung, Austausch und Handlungsempfehlungen zur AKI an. Gesammelt werden außerdem Erfahrungsberichte von Betroffenen. Nähere Infos gibt es unter: www.aki-hkp.de Die telefonische Hotline der ISL zur AKI ist erreichbar unter: 030 – 235 935 199

Links zur politischen Positionierung des bvkm:

- » Das Positionspapier von 20 Verbänden mit Forderungen zu Nachbesserungen am GKV-IPReG ist auf der Webseite www.bvkm.de abrufbar unter folgendem [Link](#).
- » Die Stellungnahmen des bvkm zum GKV-IPReG sind abrufbar unter folgendem [Link](#).
- » Die Stellungnahmen des bvkm zur AKI-RL sind abrufbar unter folgendem [Link](#).
- » Die Stellungnahme des bvkm zur BGA AKI ist abrufbar unter folgendem [Link](#).

Abkürzungsverzeichnis:

» AKI	außerklinische Intensivpflege
» AKI-RL	Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie
» BGA AKI	Begutachtungsanleitung zur außerklinischen Intensivpflege
» bvkm	Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen
» G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
» GKV-IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
» HKP-RL	Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
» ISL	Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben
» SGB V	Sozialgesetzbuch 5, Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Verfasserin: Katja Kruse, Leiterin Abteilung Recht und Sozialpolitik beim bvkm

Stand: 31.10.2023

Hinweis

Der Inhalt des Ratgebers wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Veröffentlichung rechtliche Änderungen eingetreten sein. Es wird deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernommen. Insbesondere wird die Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen ausgeschlossen.

Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der sich ausschließlich über Spenden, Mitgliedsbeiträge und öffentliche Zuschüsse finanziert. Wir würden uns freuen, wenn Sie unsere Arbeit durch eine Spende unterstützen. Unser Spendenkonto lautet:

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen

IBAN: DE69 3702 0500 0007 0342 03

BIC: BFSWDE33XXX

Bank für Sozialwirtschaft