

## Rechts- und Sozialpolitik

# Außerklinische Intensivpflege: Die Umsetzung des GKV-IPReG auf der untergesetzlichen Ebene und Versorgungsprobleme von Betroffenen

von Katja Kruse<sup>1</sup>

Das sehr umstrittene Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) wurde am 23.10.2020 vom Bundestag beschlossen.<sup>2</sup> Es trat in wesentlichen Teilen bereits zum 29.10.2020 in Kraft, entfaltet seine volle Wirkung aber erst seit dem 31.10.2023. An diesem Tag ist Art. 2 GKV-IPReG in Kraft getreten, mit dem der bisherige Leistungsanspruch der Betroffenen auf Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach dem alten Recht endgültig entfallen ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege (AKI) unter den engen Voraussetzungen des § 37c SGB V ist nun an seine Stelle getreten.

Betroffen von der Änderung sind etwa 22.500 Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege.<sup>3</sup> 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. Bei der Mehrheit der Anspruchsberechtigten handelt es sich um beatmete und trachealkanülierte Versicherte. Einen Bedarf für AKI können aber auch Menschen haben, 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.

### I. Die Umsetzung auf der untergesetzlichen Ebene

Das schrittweise Inkrafttreten des GKV-IPReG hat seine Ursache darin, dass das Gesetz und die mit ihm einhergehende neue Systematik zur praktischen Umsetzung weiterer

<sup>1</sup> Katja Kruse ist Rechtsanwältin und Leiterin der Abteilung Recht und Sozialpolitik beim Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm).

<sup>2</sup> Vgl. BGBl. 2020 Teil 1 Nr. 48, S. 2220 ff.; zum Inhalt des GKV-IPReG siehe Krohn-Aicher, Neuregelung der Intensivpflege – ein umstrittenes Gesetz tritt in Kraft, RdLh 4/2020, S. 160 f.

<sup>3</sup> Laut dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-IPReG vom 20.05.2020 verzeichneten die GKV-Statistiken für das Jahr 2018 ca. 19.100 Leistungsfälle in der ambulanten und ca. 3.400 Leistungsfälle in der stationären Intensivpflege, vgl. BT-Drs. 19/19368, S. 21.

konkretisierender Regelungen auf der untergesetzlichen Ebene bedurften. Zu diesen Umsetzungsschritten gehören insbesondere die drei nachfolgend dargestellten Regelwerke:

### 1. Die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie

Von zentraler Bedeutung für die Umsetzung des GKV-IPReG ist zunächst die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL). Ihre Erstfassung wurde am 19.11.2021 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.<sup>4</sup> Sie ist am 18.03.2022 in Kraft getreten und wurde zum 31.10.2023 endgültig wirksam.<sup>5</sup> Die AKI-RL regelt u. a., für welchen Personenkreis AKI verordnet werden darf (§ 4 AKI-RL), welche Ärzt\*innen die Leistung verordnen dürfen (§ 9 AKI-RL) und welche Ärzt\*innen zur sog. Potenzialerhebung befugt sind (§ 8 AKI-RL).<sup>6</sup> Eine solche Potenzialerhebung muss bei beatmeten und trachealkanülierten Patient\*innen grundsätzlich vor jeder Verordnung von AKI erfolgen<sup>7</sup> und ist inhaltlich darauf ausgerichtet, das Potenzial für eine Entwöhnung von der Beatmung oder eine Dekanülierung zu prüfen. Befugt zur Potenzialerhebung waren zunächst lediglich Intensivmediziner\*innen, Fachärzt\*innen für Innere Medizin und Pneumologie sowie Fachärzt\*innen aller anderen Disziplinen, sofern sie ihre Kompetenz durch eine einschlägige Tätigkeit in der Beatmungsentwöhnung auf sog. Beatmungsentwöhnungs-Einheiten erworben hatten. Problematisch hieran war, dass es bundesweit keine einzige Beatmungsentwöhnungs-Station gibt, die auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert ist, weil bei diesem Personenkreis aufgrund der den AKI-Bedarf auslösenden Erkrankungen i. d. R. keine Beatmungsentwöhnung möglich ist.

### Potenzialerhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen

Durch Beschluss vom 20.07.2023 hat der G-BA deshalb Änderungen an der AKI-RL vorgenommen, die den Kreis derjenigen Ärzt\*innen erweitern, die die Potenzialerhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen vornehmen dürfen.<sup>8</sup> Damit soll dem besonderen medizinischen Bedarf dieser Altersgruppen besser entsprochen werden. Befugt zur Potenzialerhebung bei diesem Personenkreis sind nun insbesondere auch Fachärzt\*innen, die ihre diesbezügliche Kompetenz durch eine einschlägige Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten Kindern und Jugendlichen erworben haben. Diese Tätigkeit kann z. B. auf einer Kinderintensivstation oder in entsprechend spezialisierten Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erfolgt sein (§ 8 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 bis 4 AKI-RL). Für die Potenzialerhebung bei jungen Volljährigen darf der Kompetenzerwerb außerdem in entsprechend spezialisierten medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) stattfinden (§ 8 Abs. 2 S. 2 AKI-RL).

### Übergangsregelung zur Potenzialerhebung

Aufgrund der bislang zu niedrigen Zahl potenzialerhebender Ärzt\*innen hat der G-BA am 20.07.2023 außerdem eine Übergangsregelung zur Potenzialerhebung beschlossen. Bis Ende 2024 gilt jetzt eine Ausnahmevorschrift für die gesetzlich eigentlich zwingend vor jeder Verordnung vorgesehenen Erhebung. 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 verfügbar sind (§ 5a AKI-RL).

## 2. Die Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V

Leistungsinhalt der AKI ist im Wesentlichen die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes von intensivpflegebedürftigen Patient\*innen und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen bei lebensbedrohlichen Situationen durch eine geeignete Pflegefachkraft (§ 3 AKI-RL). Diese Leistung darf von Pflegediensten, Pflegeheimen, sog. Intensivpflege-Wohngemeinschaften und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe erbracht werden (§ 132l Abs. 5 S. 1 SGB V). Die am 01.07.2023 in Kraft getretenen Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V zur Versorgung mit AKI (im Folgenden: AKI-RE)<sup>9</sup> regeln u. a., welche Anforderungen dabei in Bezug auf die Qualifikation der einsetzbaren Pflegefachkräfte gelten und welche Grundsätze bei der Bemessung des Personalschlüssels zu berücksichtigen sind. Pflegefachkräfte, die die Versorgung bei beatmeten oder trachealkanülierten AKI-Patient\*innen übernehmen, müssen z. B. neben einer pflegefachlichen Grundausbildung zusätzliche Voraussetzungen wie die Qualifikation als Atmungstherapeut\*in oder einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich nachweisen (§ 5 AKI-RE). Die AKI-RE wurden am 03.04.2023 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vereinbart. Leistungserbringer und die Landesverbände der Krankenkassen müssen die Vorgaben der AKI-RE nun beim Abschluss von Verträgen über die Erbringung und Vergütung von AKI zwingend beachten (§ 132l Abs. 1 S. 4 SGB V).

## 3. Die Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes

Die ärztliche Verordnung von AKI muss von der Krankenkasse genehmigt werden (§ 11 Abs. 1 AKI-RL). Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die AKI erfüllt sind, beauftragt die Krankenkasse den Medizinischen Dienst (MD) 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 26.09.2023 in Kraft getretene Begutachtungsanleitung AKI (BGA AKI)

<sup>4</sup> Vgl. G-BA, Beschluss, Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie: Erstfassung, 19.11.2021, abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) [abgerufen am: 06.02.2023].

<sup>5</sup> Bis dahin galt zunächst noch Übergangsrecht. Aufgrund des G-BA-Beschlusses: Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Anpassung der Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege, 20.10.2022, abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) [abgerufen am: 06.02.2023], waren AKI-Verordnungen in der Zeit vom 01.01.2023 bis 30.10.2023 wahlweise entweder nach der AKI-RL oder nach der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) möglich.

<sup>6</sup> Zu weiteren Inhalten der AKI-RL siehe Kruse, Außerklinische Intensivpflege: Neue Richtlinie konkretisiert Regelungen eines umstrittenen Gesetzes, RdLh 2/2022, S. 51 ff. sowie Kruse, Ratgeber zur Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie, Stand: 31.10.2023, abrufbar unter: [www.bvkm.de](http://www.bvkm.de) [abgerufen am: 06.02.2023].

<sup>7</sup> Zu den Ausnahmen siehe § 5 Abs. 6 S. 1 AKI-RL und die Übergangsregelung des § 5a AKI-RL.

<sup>8</sup> G-BA, Beschluss, Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie: Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 und an die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach § 9 sowie Übergangsregelung zur Potenzialerhebung in § 5a (neu) der Richtlinie und weitere Änderungen, 20.07.2023, abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) [abgerufen am: 06.02.2023].

<sup>9</sup> GKV-Spitzenverband, Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vom 03.04.2023, abrufbar unter: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) [abgerufen am: 06.02.2023].

des MD Bund regelt die Kriterien, Maßstäbe sowie Arbeits- und Bewertungsschritte für diese Begutachtung.<sup>10</sup> 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.

## II. Versorgungsprobleme von Betroffenen

Die vorgenannten Umsetzungsschritte haben zur Folge, dass das GKV-IPReG erst nach und nach wirksam wurde und sich die praktischen Auswirkungen des Gesetzes nun deshalb ebenfalls erst nach und nach zeigen. Zahlreiche erste Rückmeldungen von Betroffenen machen deutlich, dass die Umsetzung des Gesetzes auf unterschiedlichen Ebenen zu Rechtsunklarheit sowie zu Leistungsverschiebungen und Versorgungsproblemen führt. Einige dieser Probleme werden nachfolgend skizziert.

### 1. Verengung des bislang leistungsberechtigten Personenkreises

Besonders alarmierend sind erste Hinweise darauf, dass sich der bislang leistungsberechtigte Personenkreis durch die Umsetzung des GKV-IPReG verengt. Dies würde der erklärten Absicht des G-BA widersprechen, mit den in § 4 Abs. 1 AKI-RL verankerten Verordnungsvoraussetzungen für die AKI sicherzustellen, dass Versicherte, die nach bislang geltendem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung nach der bisherigen Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) hatten, nach der neuen Rechtslage AKI beanspruchen können. Der leistungsberechtigte Personenkreis sollte also durch die Neuregelung weder ausgeweitet noch eingengt werden.<sup>11</sup>

Zu diesem Zweck wurde die alte Regelung zur speziellen Krankenbeobachtung nahezu wortgleich in § 4 Abs. 1 AKI-RL überführt.<sup>12</sup> Verordnet werden kann AKI 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.

### Pflegefachkraftpflicht als tatbestandliche Voraussetzung für den Leistungsanspruch

Problematisch erweist sich in der Praxis vor allem, dass der Anspruch auf AKI davon abhängt, dass die Versicherten auf die ständige Anwesenheit einer „geeigneten Pflegefachkraft“ angewiesen sein müssen. Die Pflegefachkraftpflicht ist damit tatbestandliche Voraussetzung des Leistungsanspruchs auf AKI. In diesem Punkt, der für die Festlegung des leistungsberechtigten Personenkreises gesetzlich durch § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V vorgegeben war, weichen die neuen Anspruchsvoraussetzungen vom bisherigen Wortlaut der Nr. 24 HKP-RL ab. Dieser setzte die permanente Anwesenheit einer „Pflegekraft“ voraus, wobei auch dieser Begriff von vielen Krankenkassen bereits seit September 2019 zunehmend i. S. d. jetzigen Regelung ausgelegt wurde.<sup>13</sup>

Schwierigkeiten in Bezug auf das Erfordernis einer Pflegefachkraft können insbesondere Fallkonstellationen bereiten, in denen es nach der Einschätzung des MD nicht der Anwesenheit einer entsprechend den Vorgaben der AKI-RE quali-

fizierten Intensivpflegefachkraft bedarf, um auftretende lebensbedrohliche Situationen abzuwenden, sondern in denen der Einsatz einer eingewiesenen Hilfskraft oder die Beaufsichtigung durch angeleitete Lehrer\*innen oder Erzieher\*innen in den Schulen bzw. Kindergärten vermeintlich ausreichend ist, um die Versorgung der Betroffenen sicherzustellen.

Derzeit sind Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 bereits in besonders hohem Ausmaß von Ablehnungen der AKI mit solchen Begründungen betroffen.<sup>14</sup> Diese Kinder können jedoch – gerade, wenn sie jünger und noch nicht dazu in der Lage sind, ihre Blutzuckerwerte eigenständig zu messen und etwaige Maßnahmen daraus abzuleiten – wegen der Gefahr einer lebensgefährlichen Unterzuckerung auf eine ständige Krankenbeobachtung angewiesen sein, um lebensbedrohliche Situationen abzuwenden. Inwieweit und in welchem Ausmaß auch andere Personengruppen künftig Ablehnungen erhalten werden, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend absehbar. Durch die Umstellung auf die neue Rechtslage zum Stichtag des 31.10.2023 sind derzeit eine Vielzahl von Begutachtungsverfahren bei den MD anhängig, die voraussichtlich erst im Laufe der nächsten Wochen und Monate bearbeitet werden. Hier bleibt die weitere Entwicklung abzuwarten.

### Gesetzliche Nachsteuerung erforderlich – entscheidend ist der medizinische Bedarf

Sollte sich eine Verengung des bislang leistungsberechtigten Personenkreises weiter verfestigen, müssen der Gesetzgeber und der G-BA die Regelungen zum Anspruch auf AKI dringend nachsteuern. Andernfalls würden lebensgefährliche Versorgungslücken entstehen und bei betroffenen Kindern und Jugendlichen wäre insbesondere der Besuch von Kindergärten und Schulen nicht gewährleistet. Entscheidend für den Anspruch auf AKI muss dabei allein sein, ob bei den Versicherten ein Bedarf für die Leistung besteht. Dieser Bedarf liegt vor, wenn lebensbedrohliche Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können, die eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention erfordern, unabhängig davon, ob die Intervention durch eine Pflegekraft oder durch eine Pflegefachkraft erfolgen muss. Hierbei handelt es sich um einen medizinischen Bedarf, der nicht von pädago-

<sup>10</sup> Medizinischer Dienst Bund, Begutachtungsanleitung – Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V: Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V (BGA AKI), 21.06.2023, abrufbar unter: [www.md-bund.de](http://www.md-bund.de) [abgerufen am: 06.02.2023].

<sup>11</sup> Vgl. G-BA, Tragende Gründe, Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie: Erstfassung, a. a. O. Fn. 4, 19.11.2021, S. 9, abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) [abgerufen am: 06.02.2023].

<sup>12</sup> Als Folge dieser Überführung wurde die spezielle Krankenbeobachtung nach Nr. 24 der HKP-RL m. W. v. 31.10.2023 durch den G-BA-Beschluss: Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege, 19.11.2021, abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) [abgerufen am: 06.02.2023], gestrichen.

<sup>13</sup> Hintergrund dafür waren die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege, die seit dem 30.08.2019 mit dem neu eingefügten „§ 4 Außerklinische ambulante Intensivpflege“ im Wesentlichen dieselben Anforderungen an die für die spezielle Krankenbeobachtung einzusetzenden Pflege(fach)kräfte vorsahen, wie sie jetzt in den AKI-RE nach § 132l SGB V für die Versorgung mit AKI getroffen worden sind.

<sup>14</sup> Siehe dazu: Diabetiker Niedersachsen e. V., Handlungsempfehlung zur Verordnung von spezieller Krankenbeobachtung in KITA und Schule, 16.11.2023, abrufbar unter: [www.diabetiker-nds.de](http://www.diabetiker-nds.de) [abgerufen am: 06.02.2023].

gischen Fachkräften oder im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 90 ff. SGB IX von Inklusionsassistent\*innen zu erbringen ist, sondern der von den Krankenkassen im Rahmen ihrer Leistungspflicht nach dem SGB V gedeckt werden muss. Zu verhindern gilt es in jedem Fall, dass Streitigkeiten über die Zuständigkeit von möglichen Kostenträgern auf dem Rücken der betroffenen Kinder ausgetragen werden.

## 2. Übersteigerte Qualifikationsanforderungen beim Persönlichen Budget

Die Leistungserbringung von AKI im Rahmen eines Persönlichen Budgets (PB) wird durch die nach § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V vorausgesetzte „Pflegefachkraftpflicht“ ebenfalls erheblich erschwert. In aktuellen Zielvereinbarungen wird bezüglich der Qualifikation der einzusetzenden Assistenzkräfte häufig auf die einschlägigen Bestimmungen der AKI-RE Bezug genommen.<sup>15</sup> Das führt dazu, dass der Abschluss einer Zielvereinbarung als Basis für das PB teilweise abgelehnt wird, wenn die Antragssteller\*in nicht nachweisen kann, dass sie über *Pflegefachkräfte* verfügt, die die Leistung erbringen können. Die Idee des PB wird hierdurch aber ad absurdum geführt: Ein Unterschied zur Sachleistung wäre im Falle einer solchen Vereinbarung nicht mehr vorhanden und die Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungsausführung nicht gegeben.

Im Übrigen weist auch der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung des GKV-IPReG darauf hin, dass die Regelungen zur Qualitätssicherung im Rahmen der Zielvereinbarung nicht zwingend vollumfänglich die Regelungen des Leistungserbringerrechts der GKV widerspiegeln müssten und beim PB häufig gemischt qualifizierte Teams aus *Pflegefachkräften* und Assistenzkräften zum Einsatz kämen. Diese Möglichkeit bleibe erhalten, solange die Qualitätsvorgaben der jeweiligen Zielvereinbarung beachtet würden.<sup>16</sup> Bekräftigt wird diese Aussage auch noch einmal in der AKI-RL selbst: Dort heißt es, dass die AKI-RE zwar das Nähere zur Geeignetheit der *Pflegefachkräfte* regeln, die Möglichkeit individueller Vereinbarungen bei Leistungserbringung im Rahmen eines PB aber unberührt bleibe (§ 1 Abs. 1 S. 6 AKI-RL).

Hierauf sollten sich Betroffene, die ihre Versorgung mit AKI im PB regeln, gegenüber ihren Krankenkassen berufen. Ein Rechtsstreit über zu hohe Qualifikationsanforderungen im PB lässt sich hierdurch nach ersten Erfahrungen von Betroffenen häufig vermeiden. Wünschenswert wären dennoch weitere rechtliche Klarstellungen, um die rechtssichere Leistungserbringung von AKI im Rahmen eines PB sicherzustellen. Insbesondere bedarf es vor dem Hintergrund des herrschenden Fachkräftemangels in der Pflege einer zielführenden Alternative zur Leistungserbringung der AKI als Sachleistung, damit für AKI-Patient\*innen eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit auch weiterhin realisierbar ist.

## 3. Keine ausreichende Anzahl qualifizierter Ärzt\*innen

Die Verordnung von AKI ist nur bestimmten Ärzt\*innen erlaubt (§ 9 AKI-RL). Der Kreis derjenigen Ärzt\*innen, die zur Potenzialerhebung befugt sind, ist sogar noch enger gefasst (§ 8 AKI-RL). Für beide Aufgaben stehen derzeit nach wie vor nicht genügend Ärzt\*innen zur Verfügung. Viele Betroffene waren deshalb zum Stichtag des 31.10.2023 verzweifelt und häufig vergeblich auf der Suche nach entsprechenden Ärzt\*innen, um ihre weitere Versorgung mit AKI sicherzustellen.<sup>17</sup> Besorgniserregend ist, dass einige Hausärzt\*innen, die in der Vergangenheit einzelne AKI-Patient\*innen versorgt haben, sich nun teilweise aus der Versorgung zurückziehen, weil ihnen der Aufwand hierfür durch die neue Rechtslage zu hoch geworden ist.

Inwieweit sich die Lage in den kommenden Monaten ändert, bleibt abzuwarten. Die weitere Entwicklung steht unter besonderer Beobachtung des Bundesministeriums für Gesundheit, welches die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband aufgefordert hat, dem Ministerium regelmäßig über die Anzahl der potenzialerhebenden und verordnenden Ärzt\*innen und die getroffenen Maßnahmen Bericht zu erstatten.<sup>18</sup>

## III. Fazit

Die Umstellung auf die neue Rechtslage hat seit dem Stichtag des 31.10.2023 erheblich an Fahrt aufgenommen. Erste Rückmeldungen von Betroffenen zeigten bereits vor diesem Stichtag, dass es in der Praxis zu Fehlentwicklungen und Versorgungsproblemen kommt. Diese wiegen umso schwerer, als es bei der AKI um die lebensnotwendige Versorgung eines besonders vulnerablen Personenkreises geht. Bereits am 19.09.2023 hatten sich deshalb 20 Verbände, die Menschen mit Behinderung vertreten, an die Politik gewandt und auf dringend notwendige Änderungsbedarfe am GKV-IPReG hingewiesen.<sup>19</sup>

### Rückmeldungen von Betroffenen werden zentral gesammelt

Auszugehen ist davon, dass sich die vorstehend aufgezeigten Versorgungsprobleme in der Praxis durch weitere Erfahrungen von Betroffenen bestätigen. Es gilt daher, die Lage aufmerksam und kritisch zu beobachten. Besonderes Augenmerk ist dabei auf Personen mit AKI-Bedarf zu legen, die nach dem Stichtag des 31.10.2023 neu ins System kommen. Bezüglich dieses Personenkreises gibt es erste Hinweise darauf, dass Überleitungen aus dem Krankenhaus in die häusliche Versorgung mangels entsprechender Beratung zunehmend erschwert werden.

In jedem Fall sollten Probleme bei der Versorgung mit AKI nach dem neuen Recht der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL) gemeldet werden. Die ISL sammelt zentral auf einer eigens hierfür eingerichteten Webseite Berichte von Betroffenen zu Schwierigkeiten bei der Umstellung auf die neue Rechtslage.<sup>20</sup> Die Rückmeldungen sind wichtig, damit die Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderung über Versorgungsprobleme in der Praxis informiert sind und sich gemeinsam wirksam für gesetzliche Nachbesserungen einsetzen können.

<sup>15</sup> Siehe dazu die Erfahrungsberichte von Menschen mit AKI-Bedarf in der Kategorie „Pflegefachkräftevorbehalt“ auf der Webseite [www.aki-hkp.de](http://www.aki-hkp.de) [abgerufen am: 06.02.2023].

<sup>16</sup> Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 19/20720, S. 56. Unter Bezugnahme auf diese Gesetzesbegründung soll das Bundesgesundheitsministerium den GKV-Spitzenverband in einem vertraulichen Schreiben vom 08.09.2023 auf seine zum PB vertretene Rechtsauffassung hingewiesen haben.

<sup>17</sup> Siehe dazu die Erfahrungsberichte von Menschen mit AKI-Bedarf in der Kategorie „Potenzialerhebung und Verordnung“ auf der Webseite [www.aki-hkp.de](http://www.aki-hkp.de) [abgerufen am: 06.02.2023].

<sup>18</sup> Das diesbezügliche Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 24.08.2023 ist abrufbar unter: [www.g-ba.de/beschluesse/6100/](http://www.g-ba.de/beschluesse/6100/) [abgerufen am: 06.02.2023].

<sup>19</sup> *bvkm et al., Die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege – Gesetzgeberische Änderungsbedarfe für das GKV-IPReG, 19.09.2023, abrufbar unter: [www.bvkm.de](http://www.bvkm.de)* [abgerufen am: 06.02.2023].

<sup>20</sup> Im Rahmen eines von der Aktion Mensch geförderten Projekts stellt die ISL auf der Webseite [www.aki-hkp.de](http://www.aki-hkp.de) [abgerufen am: 06.02.2023] Informationen für Menschen mit AKI-Bedarf bereit und sammelt Erfahrungsberichte von Betroffenen.