

Rechts- und Sozialpolitik

Außerklinische Intensivpflege: Neue Richtlinie konkretisiert Regelungen eines umstrittenen Gesetzes

von Katja Kruse*

Am 18.03.2022 ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) in Kraft getreten.¹ Sie konkretisiert Regelungen des umstrittenen Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG).² Verordnungen nach der AKI-RL erfolgen allerdings erst ab dem 01.01.2023. Bis dahin gilt weiterhin die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL).

Betroffen von der AKI-RL sind etwa 22.500 Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege.³ 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.

I. Neue Regelungssystematik

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 künftig grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf häusliche Krankenpflege, sondern können nur noch AKI nach der Spezialvorschrift des § 37c SGB V erhalten.

Sonderrecht für Intensivpflegebedürftige

Das hierdurch geschaffene Sonderrecht für Intensivpflegebedürftige und ihren Ausschluss vom Anspruch auf häusliche Krankenpflege hatten der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) und viele andere Behindertenverbände im Gesetzgebungsverfahren immer wieder deutlich kritisiert.⁴

Mit dem Beschluss der AKI-RL findet sich die neue Regelungssystematik nun auch auf der untergesetzlichen Ebene wieder: Maßgeblich für die Verordnung von AKI ist ab dem 01.01.2023 nicht mehr die HKP-RL, nach der die Leistung zurzeit als sog. „spezielle Krankenbeobachtung“ verordnet werden kann, sondern die neue AKI-RL. Diese Neuordnung hat daher auch Änderungen in der HKP-RL zur Folge.

II. Regelungsauftrag des G-BA

Den Auftrag zum Beschluss der AKI-RL hatte der Gesetzgeber dem G-BA in § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V erteilt. Nach dieser Vorschrift musste der G-BA bis zum 31.10.2021 u. a. Regelungen treffen zu Inhalt und Umfang der Leistungen, den Anforderungen an die Verordnung von AKI sowie zum

Verfahren zur Erhebung des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden. Dabei war der G-BA gehalten, nach dem Alter der Betroffenen zu differenzieren.

Zu der im Gesetzgebungsverfahren besonders umstrittenen Regelung des § 37c Abs. 2 SGB V musste der G-BA hingegen keine weiteren Bestimmungen treffen, da er hierzu keinen Auftrag hatte. Mit dieser Vorschrift wurde der Anspruch von Intensivpflegebedürftigen auf Versorgung mit AKI in der eigenen Häuslichkeit starken Einschränkungen unterworfen.⁵

III. 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 Abs. 1 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 müssen insoweit im Voraus nicht bestimmt werden können.

* Katja Kruse ist Rechtsanwältin und Leiterin der Abteilung Recht und Sozialpolitik beim Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm).

¹ Der Beschluss des G-BA zur AKI-RL vom 19.11.2021 wurde am 17.03.2022 im BAnz AT veröffentlicht und ist abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/5142/.

² Vgl. BGBl. 2020 Teil 1 Nr. 48, S. 2220 ff., mit Ausnahme von Art. 2 in Kraft getreten am 29.10.2020; zum Inhalt des GKV-IPReG siehe Krohn-Aicher, „Neuregelung der Intensivpflege – ein umstrittenes Gesetz tritt in Kraft“, in RdLh 4/2020, S. 160 f.

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

⁴ Siehe u. a. Stellungnahmen des bvkm zum GKV-IPReG vom 12.12.2019 und vom 20.04.2020, abzurufen unter www.bvkm.de in der Rubrik Recht & Ratgeber/Stellungnahmen; Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zum GKV-IPReG vom 29.04.2020, abzurufen unter www.diefachverbaende.de in der Rubrik Stellungnahmen/ Positionspapiere.

⁵ Siehe Krohn-Aicher, RdLh 4/2020, S. 160 f., Fn. 2.

Anspruchsberechtigter Personenkreis bleibt unverändert

Mit dieser Formulierung übernimmt § 4 Abs. 1 AKI-RL nahezu wortgleich die Regelung der speziellen Krankenbeobachtung nach Nr. 24, 1. Spiegelstrich der Bemerkungsspalte des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL, nach der die Leistung derzeit für den betroffenen Personenkreis verordnungsfähig ist. Sichert sich damit, dass Versicherte, die nach aktuell geltendem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung haben, nach der neuen Rechtslage AKI beanspruchen können. Der Personenkreis wird also weder ausgeweitet noch eingengt.⁶ Als Folge der Überführung des anspruchsberechtigten Personenkreises in die AKI-RL wird die betreffende Regelung im Leistungsverzeichnis der HKP-RL künftig gestrichen.⁷

Bei der Mehrheit der Anspruchsberechtigten handelt es sich um beatmete und trachealkanülierte Versicherte aller Altersstufen, wobei die medizinischen Ursachen für die Notwendigkeit einer Beatmung oder Trachealkanüle vielfältig sein können. Zum Beispiel können hierzu neuromuskuläre Erkrankungen oder schwerwiegende Lungenerkrankungen gehören. Bei diesem Personenkreis sind die Voraussetzungen für einen Anspruch auf AKI nach § 4 Abs. 1 AKI-RL i. d. R. eindeutig erfüllt.

Daneben kann eine weitere, sehr heterogene Patientengruppe einen Anspruch auf AKI haben. Dies sind Versicherte mit anderen Funktionsbeeinträchtigungen, bei denen ebenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich zu unvorhersehbaren Zeiten lebensbedrohliche Situationen auftreten können. Hierzu können bspw. Versicherte mit therapieresistenten Epilepsien mit hoher Krampfanfall-Frequenz zählen.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich erforderliche Interventionen

Bei diesem Personenkreis kommt es immer wieder zu rechtlichen Auseinandersetzungen über die Leistungsberechtigung. Insbesondere führt das Kriterium der „täglich mit hoher Wahrscheinlichkeit“ erforderlichen pflegerischen oder ärztlichen Intervention in den Fällen zu Rechtsstreitigkeiten, in denen nicht jeden Tag eine entsprechende Intervention real notwendig ist. Einige Sozialgerichte, die mit dieser Frage bereits befasst waren, haben hierzu ausgeführt, dass es nicht täglich zu einer Intervention kommen müsse.⁸ Erfreulich ist deshalb, dass auch in den Tragenden Gründen (TrG) des G-BA zu § 4 Abs. 1 AKI-RL klargestellt wird, dass es nicht erforderlich ist, dass die lebensbedrohlichen Situationen tatsächlich täglich auftreten. Ausreichend ist vielmehr, dass sie prospektiv betrachtet mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können.⁹

2. Potenzialerhebung

Ein zentrales Anliegen des Gesetzgebers beim GKV-IPReG war es, bestehende Fehlversorgungen im Bereich der AKI zu beseitigen.¹⁰ Vorgesehen ist deshalb in § 5 Abs. 1 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 (§ 5 Abs. 3 S. 1 AKI-RL). Mindestens einmal jährlich muss die Erhebung jedoch unmittelbar

persönlich, vorrangig an dem Ort erfolgen, an dem die AKI erbracht wird (also z. B. im Haushalt des Versicherten). Ausnahmen hiervon sind im Einzelfall möglich (vgl. § 5 Abs. 3 S. 3 ff. AKI-RL).

Ausnahmen von der Potenzialerhebung

Vom grundsätzlichen Erfordernis der Potenzialerhebung sind ferner Ausnahmen für Patient*innen vorgesehen, bei denen die Beatmung bzw. die Trachealkanüle 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 Abs. 6 S. 1 AKI-RL).

Diese Differenzierung ist sehr zu begrüßen. Die Regelung setzt sich erfreulicherweise über den Wortlaut des § 37c Abs. 1 S. 6 SGB V hinweg, nach dem „mit jeder“ Verordnung einer AKI eine Potenzialerhebung zu erfolgen hat. Im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-IPReG hatten verschiedene Behindertenverbände vergeblich eine differenzierte gesetzliche Regelung für Menschen gefordert, bei denen eine Beatmungsentwöhnung aufgrund ihres Krankheitsbildes (wie z. B. bei einer fortschreitenden Muskelerkrankung) von vornherein nicht in Betracht kommt.¹¹

Die im Rahmen der Potenzialerhebung zu prüfenden Aspekte werden für beatmete Versicherte in § 5 Abs. 8 AKI-RL und für nicht beatmete trachealkanülierte Versicherte in § 5 Abs. 10 AKI-RL genannt. Neben der Beurteilung von rein medizinischen Faktoren, wie z. B. dem Sitz und der Funktion der Trachealkanüle, geht es dabei auch um die systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität und die Prüfung von Möglichkeiten der Therapieoptimierung.

3. Qualifikation der potenzialerhebenden Ärzt*innen

Die in § 5 AKI-RL geregelte Potenzialerhebung darf nur durch besonders qualifizierte Vertragsärzt*innen erfolgen. Bei diesen sog. potenzialerhebenden Ärzt*innen handelt es sich gem. § 8 Abs. 1 AKI-RL u. a. um Fachärzt*innen mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Fachärzt*innen für Innere Medizin und Pneumologie. Die Befugnis zur Durchführung der Erhebung bedarf außerdem gem. § 8 Abs. 2 S. 1 AKI-RL der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung.

4. Qualifikation der verordnenden Vertragsärzt*innen

Auch die Verordnung von AKI ist künftig nur noch bestimmten Ärzt*innen erlaubt (§ 9 AKI-RL). Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten müssen sie hierfür

⁶ Vgl. Tragende Gründe zum Beschluss zu § 4 AKI-RL, 2.5 zu Abs. 1, abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/5142.

⁷ Der diesbezügliche Beschluss des G-BA über eine Änderung der HKP-RL vom 19.11.2021 wurde am 25.03.2022 im BAnz AT veröffentlicht und ist abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/5152/.

⁸ Vgl. SG München, Beschluss vom 23.04.2020 – Az: S 15 KR 393/20 ER; SG Berlin, Urteil vom 07.11.2014 – Az: S 89 KR 1954/11.

⁹ Vgl. TrG zu § 4 AKI-RL, 2.5 zu Abs. 1 (siehe Fn. 6).

¹⁰ Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-IPReG vom 20.05.2020, BT-Drs. 19/19368, S. 21.

¹¹ Siehe z. B. die Stellungnahme des bvkM zum GKV-IPReG vom 20.04.2020, Fn. 4.

besonders qualifiziert sein. Besonders qualifiziert sind zum einen die nach § 8 AKI-RL zur Potenzialerhebung befugten Ärzt*innen und zum anderen u. a. Fachärzt*innen für Anästhesiologie, für Neurologie oder für Kinder- und Jugendmedizin. Hausärzt*innen 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 Abs. 1 S. 4 AKI-RL).

Da die potentialerhebenden Ärzt*innen sowohl verordnen als auch das Entwöhnungspotenzial erheben dürfen, kann in diesen Fällen beides grundsätzlich durch ein und dieselbe Person erfolgen. Eine Ausnahme hiervon ist für AKI-Patient*innen geregelt, bei denen von weiteren Potenzialerhebungen abgesehen werden kann (s. o.). In diesem Fall müssen Potenzialerhebung und Verordnung durch unterschiedliche Ärzt*innen vorgenommen werden (§ 5 Abs. 6 S. 2 AKI-RL).

Bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung durch Fachärzt*innen, die auf die die AKI auslösende Erkrankung spezialisiert sind. Andere Vertragsärzt*innen können nur im Konsil mit diesen Fachärzt*innen verordnen (§ 9 Abs. 2 AKI-RL).

Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme zu Vertragsärzt*innen, die zur Potenzialerhebung oder zur Verordnung von AKI befugt sind, werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Abs. 2 SGB V veröffentlicht (§ 8 Abs. 3 AKI-RL).

5. Leistungsinhalte

Die Leistungsinhalte der AKI werden in § 3 AKI-RL festgelegt. Wesentlicher Leistungsinhalt ist die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Erbringung der AKI durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum. Dazu können im Einzelnen u. a. gehören die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen, die Erfassung und Bewertung von Vitalparametern, die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen und des Krisenmanagements sowie die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung.

6. Versorgung durch An- und Zugehörige

In § 12 Abs. 6 AKI-RL ist vorgesehen, dass eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige ermöglicht werden muss, soweit diese und die Betroffenen es wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann.

Die Versorgung mit AKI durch An- und Zugehörige erfolgt also auf freiwilliger Basis und kann weder erwartet noch erzwungen werden. Die Regelung trägt damit der zugrundeliegenden Norm des GKV-IPReG Rechnung. Eine dem § 37 Abs. 3 SGB V vergleichbare Regelung, wonach der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur besteht, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann, ist nämlich in § 37c SGB V gerade nicht vorgesehen. Dies ist auch folgerichtig. Angesichts der komplexen und medizinisch anspruchsvollen Versorgungssituation, die sich bei der AKI stellt und die mit einfachen Maßnahmen der Behandlungspflege, wie etwa einem Verbandwechsel, nicht vergleichbar ist, kann

die Übernahme dieser Pflegemaßnahmen durch Haushaltsmitglieder nicht erwartet werden.

Ungeachtet dessen sehen sich Eltern, Ehepartner und andere Zugehörige notgedrungen aufgrund des erheblichen Fachkräftemangels sowie z. B. krankheitsbedingter Ausfallzeiten von Pflegefachkräften 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 (§ 6 Abs. 2 AKI-RL). Die Erstverordnung von AKI soll einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten (§ 7 Abs. 1 S. 2 AKI-RL). Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden (§ 7 Abs. 2 S. 1 AKI-RL). Sofern bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, können Folgeverordnungen sogar für bis zu zwölf Monate ausgestellt werden (§ 7 Abs. 2 S. 2 AKI-RL).

IV. Inkrafttreten und Übergangsregelungen

Die AKI-RL ist zwar bereits am 18.03.2022 in Kraft getreten, Verordnungen nach der AKI-RL dürfen aber erst ab dem 01.01.2023 erfolgen (§ 14 Abs. 1 S. 2 AKI-RL). Hintergrund hierfür sind weitere Umsetzungsschritte, die zum einen nach der AKI-RL erforderlich sind,¹² und die zum anderen aufgrund weiterer gesetzlicher Vorgaben vorgenommen werden müssen. So sind auf Bundesebene nach § 132l Abs. 2 SGB V bis zum 31.10.2022 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit AKI zu vereinbaren und auf Landesebene nach § 132l Abs. 5 SGB V im Nachgang mit zuverlässigen Leistungserbringern Versorgungsverträge zu schließen.

Bis zum 31.12.2022 wird AKI deshalb weiterhin nach der HKP-RL verordnet (§ 14 Abs. 1 S. 3 AKI-RL). AKI-Verordnungen, die vor dem 01.01.2023 nach der HKP-RL ausgestellt wurden, verlieren ab dem 31.10.2023 ihre Gültigkeit (§ 1a S. 2 HKP-RL).¹³ Zum selben Zeitpunkt entfällt dann auch der Anspruch auf häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V für Versicherte mit Intensivpflegebedarf.¹⁴

V. Fazit und Ausblick

Im Ergebnis fällt die AKI-RL deutlich besser aus, als dies zu Beginn der intensiven Beratungen und angesichts des extrem knappen Zeitrahmens zu erwarten war. In vielen Punkten haben sich im Laufe des Beratungsverfahrens

¹² Z. B. die Anpassung des Verordnungsvordruckes für die AKI und die Erteilung von Genehmigungen für verordnende und potenzialerhebende Ärzt*innen, vgl. TrG zu § 14 AKI-RL, 2.15 zu Abs. 1 (siehe Fn. 6).

¹³ Diese Übergangsregelung zur AKI wurde ebenfalls durch Beschluss des G-BA über eine Änderung der HKP-RL vom 19.11.2021 mit Wirkung vom 26.03.2022 eingefügt, vgl. Fn. 7.

¹⁴ Am 31.10.2023 tritt Art. 2 des GKV-IPReG und damit vor allem der mit diesem Datum neu gefasste § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V in Kraft, wonach der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nicht für Versicherte besteht, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c SGB V haben.

Verbesserungen für Menschen mit Intensivpflegebedarf und ihre Angehörigen ergeben.¹⁵ Hierzu haben das hohe Engagement der Patientenvertretung, die konstruktive Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure in der Arbeitsgruppe AKI-RL des G-BA und das breit angelegte Stellungnahmeverfahren des G-BA beigetragen, in dessen Rahmen 68 stellungnahmeberechtigte Organisationen, darunter auch die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, schriftlich und mündlich Gehör fanden.¹⁶

Es gibt aber auch zahlreiche Kritikpunkte. Insbesondere steht zu befürchten, dass verordnende und potenzialerhebende Ärzt*innen angesichts der hohen Qualifikationsanforderungen, die zu erfüllen sind, nicht flächendeckend zur Verfügung stehen werden. Die derzeitige pandemische Situation erschwert den Aufbau solcher Strukturen zusätzlich, da sie vornehmlich Intensivmediziner*innen und Pneumolog*innen und damit genau die Facharztgruppen besonders fordert, die auch bei der AKI eine maßgebliche Rolle spielen sollen. Ob bis zum 01.01.2023 ausreichend Fachärzt*innen über die erforderlichen Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen werden, damit ab diesem Zeitpunkt Verordnungen nach der AKI-RL erfolgen können, erscheint daher zweifelhaft.

Besonders zugespitzt stellt sich die Situation für beatmete Kinder dar. Da es nur wenige Kinder-Pneumolog*innen gibt, müssen Potenzialerhebungen bei dieser Patient*innengruppe künftig vor allem durch klinisch tätige Kinder-Intensivmediziner*innen vorgenommen werden. Bei dieser Facharztgruppe bestehen jedoch derzeit erhebliche Versorgungsengpässe.¹⁷ Die Zulassung weiterer Fachärzt*innen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wäre daher sinnvoll und angesichts des Auftrags des G-BA, bei den Regelungen der AKI-RL nach dem Alter der Versicherten zu differenzieren,¹⁸ geboten gewesen.

Fachkräftemangel als größtes Problem anzusehen

Wie in vielen anderen Bereichen ist aber auch bei der AKI der Fachkräftemangel das größte Problem. Nur wenn es künftig genügend Pflegefachkräfte gibt, wird es möglich sein, die AKI an dem von den Versicherten gewünschten Leistungsort sicherzustellen, insbesondere im eigenen Zuhause, wo es einer 1:1-Versorgung mit AKI bedarf. Der Gesetzgeber

muss deshalb dringend Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege verbessern und eine Offensive zur Gewinnung von Fachkräften starten. Auch sind die Rahmenempfehlungspartner nach § 132l SGB V aufgefordert, keine zu hohen Anforderungen an die Qualifikation festzulegen, um den Kreis der einsetzbaren Pflegefachkräfte nicht noch stärker zu verengen.¹⁹

Angesichts vieler Befürchtungen von Betroffenen, dass eine Versorgung mit AKI in der eigenen Häuslichkeit künftig erheblich erschwert wird, gibt der Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP Anlass zur Hoffnung. 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.“²⁰ An dieses Versprechen wird sich die Bundesregierung halten müssen.

¹⁵ Siehe hierzu die Pressemeldung der Patientenvertretung zum Inkrafttreten der AKI-RL vom 18.03.2022, abrufbar unter www.patientenvertretung-g-ba.de sowie die Pressemeldung des bvk vom 18.03.2022, abrufbar unter www.bvkm.de/presse.

¹⁶ Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation zum Beschluss der AKI-RL dokumentiert, abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/5142/.

¹⁷ Siehe Krieg, „Nicht mal Zeit zum Essen“, Artikel vom 01.04.2022, abrufbar unter www.nd-aktuell.de.

¹⁸ Vgl. § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V.

¹⁹ Zu weiteren Forderungen der Fachverbände für Menschen mit Behinderung in Bezug auf die Rahmenempfehlungen im Hinblick auf die Versorgung von Bewohner*innen von Einrichtungen und Räumlichkeiten der Eingliederungshilfe i. S. v. § 43a SGB XI mit AKI, siehe den Beitrag von Krohn-Aicher zum Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 10.12.2021 – Az: L 9 KR 234/18, S. 56 ff. in diesem Heft.

²⁰ Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), S. 81, Zeile 2687 ff.

ANZEIGE



Maria Demirci, Julia Roglmeier

Das Behindertentestament

Wie Angehörige und Betroffene richtig vorsorgen

2., aktualisierte Auflage 2022, DIN A4, broschiert, 64 Seiten
ISBN: 978-3-406-78419-4; Bestellnummer LFK 072
6,90 Euro [D]

Die Broschüre soll interessierten juristischen Laien einen ersten Überblick über die gesetzlichen und gestalterischen Möglichkeiten bieten und der Vorbereitung eines sicherlich in diesen Konstellationen immer anzurathenden Beratungstermins beim Rechtsanwalt dienen.

In Kooperation mit dem C.H. Beck Verlag, München.

