

BEACHTEN:

Aufgrund der neuen Übergangsregelung für die Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege, die der G-BA am 20.10.2022 beschlossen hat, wurde der nachstehende Beitrag des bvkm am 25.10.2022 aktualisiert.

Die neue Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie

G-BA konkretisiert Regelungen des GKV-IPReG

Am 18.3.2022 ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) in Kraft getreten. Sie konkretisiert Regelungen des umstrittenen Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG). Wirksam wird die AKI-RL aber erst zum 1.1.2023. Ursprünglich sollten deshalb Verordnungen von Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege (AKI) ab Januar 2023 nur noch auf der Grundlage der AKI-RL erfolgen. Um Engpässe in der Versorgung der Patient:innen zu vermeiden, hat der G-BA am 20.10.2022 aber noch einmal nachgesteuert und eine neue Übergangsregelung beschlossen: Danach sind AKI-Verordnungen in der Zeit vom 1.1.2023 bis 30.10.2023 weiterhin nach der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) möglich. Ab dem 31.10.2023 verlieren diese Verordnungen ihre Gültigkeit. Erst ab diesem Zeitpunkt gilt künftig nur noch die AKI-RL.

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.

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

Das hierdurch geschaffene Sonderrecht für Intensivpflegebedürftige und ihren Ausschluss vom Anspruch auf häusliche Krankenpflege hatte der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) im Gesetzgebungsverfahren immer wieder deutlich kritisiert. 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 künftig nicht mehr die HKP-RL, nach der die Leistung zurzeit als sogenannte „spezielle Krankenbeobachtung“ verordnet werden kann, sondern die neue AKI-RL.

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, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

Mit dieser Formulierung übernimmt § 4 AKI-RL nahezu wortgleich die Regelung der speziellen Krankenbeobachtung nach der HKP-RL, nach der die Leistung derzeit für den betroffenen Personenkreis verordnungsfähig ist. Sicherergestellt ist 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.

2. Potenzialerhebung

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 Versicherten vor jeder Verordnung das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) 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 hiervon sind im Einzelfall möglich.

Ausnahmen von der Potenzialerhebung

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. Diese Differenzierung ist sehr zu begrüßen. Die Regelung setzt sich erfreulicherweise über den Wortlaut des Gesetzes hinweg, nach dem „mit jeder“ Verordnung einer AKI eine Potenzialerhebung zu erfolgen hat. Im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-IPReG hatte der bvkm vergeblich eine solche Unterscheidung gefordert. 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.

3. Qualifikation der maßgeblichen Ärzt:innen

Die Potenzialerhebung darf nur durch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen erfolgen (§ 8 AKI-RL). Dabei handelt es sich u.a. um Fachärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Fachärzt:innen für Innere Medizin und Pneumologie.

Auch die Verordnung von AKI ist künftig nur noch bestimmten Ärzt:innen erlaubt (§ 9 AKI-RL). Bei beatmeten Versicherten sind das zum einen die 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 Versicherten verfügen und aufgrund einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verordnung befugt sind.

Bei Versicherten, die nicht beatmungspflichtig 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.

Damit Patient:innen zu den entsprechenden Ärzt:innen Kontakt aufnehmen können, werden sie in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals veröffentlicht. Dieses ist auf folgender Webseite zu finden: <https://gesund.bund.de/service/arztsuche>

4. 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. Dazu können im Einzelnen u.a. gehören die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen, die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen sowie die Anleitung der Angehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen.

5. Versorgung durch Angehörige

In § 12 AKI-RL ist vorgesehen, dass eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch Angehörige 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. Ungeachtet dessen sehen sich Eltern, Ehepartner und andere Angehörige 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.

6. 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.

III. Inkrafttreten und Übergangsregelungen

Die AKI-RL ist zwar bereits am 18.3.2022 in Kraft getreten, Verordnungen nach der AKI-RL dürfen aber erst ab dem 1.1.2023 erfolgen (§ 14 AKI-RL). Das liegt an den weiteren Umsetzungsschritten, die nun erforderlich sind, wie z.B. die Erteilung von Genehmigungen für die maßgeblichen Ärzt:innen. Bis zum 31.12.2022 wird AKI deshalb wie bisher ausschließlich nach der HKP-RL verordnet. Ursprünglich sollten AKI-Verordnungen dann ab dem 1.1.2023 nur noch auf der Grundlage der AKI-RL erfolgen. Da sich jedoch Versorgungsengpässe abzeichneten, hat der G-BA noch einmal nachgesteuert und am 20.10.2022 eine neue Übergangsregelung beschlossen. Diese sieht vor, dass AKI-Verordnungen auch in der Zeit vom 1.1.2023 bis 30.10.2023 weiterhin nach der HKP-RL möglich sind. In diesem Zeitraum können Verordnungen also wahlweise entweder nach der AKI-RL oder nach der HKP-RL erfolgen. Der verordnete Leistungsumfang ist in beiden Fällen der gleiche. Die Ausstellung einer HKP-Verordnung ist jedoch mit einem geringeren Aufwand verbunden, weil bei beatmeten Patient:innen z.B. zuvor keine Potenzialerhebung zu erfolgen hat. Ab dem 31.10.2023 verlieren die Verordnungen nach der HKP-RL ihre Gültigkeit. Erst ab diesem Zeitpunkt gilt künftig nur noch die AKI-RL (§ 1a HKP-RL in der Fassung des G-BA-Beschlusses vom 20.10.2022).

IV. Fazit und Ausblick

Im Ergebnis fällt die AKI-RL deutlich besser aus, als dies zu Beginn der intensiven Beratungen im G-BA zu erwarten war. In vielen Punkten haben sich im Laufe des Beratungsverfahrens Verbesserungen für Menschen mit Intensivpflegebedarf und ihre Angehörigen ergeben. Hierzu hat u.a. das hohe Engagement der Patientenvertretung beigetragen, in der auch der bvkm mitgewirkt hat. 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.

Koalitionsvertrag gibt Anlass zur Hoffnung

Der Fachkräftemangel ist aber 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.

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.“ An dieses Versprechen wird sich die Bundesregierung halten müssen.

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

Stand: Juni 2022, aktualisiert am 25.10.2022 aufgrund des G-BA-Beschlusses vom 20.10.2022

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**

INFOKASTEN:

- Der G-BA-Beschluss der AKI-RL vom 19.11.2021 ist abrufbar unter: www.g-ba.de/beschluesse/5142/
- Der G-BA-Beschluss zur neuen Übergangsregelung vom 20.10.2022 ist abrufbar unter: www.g-ba.de/beschluesse/5677/
- Die Pressemeldung des bvkm vom 18.3.2022 zum Inkrafttreten der AKI-RL ist abrufbar unter: www.bvkm.de/presse
- Der bvkm hatte im Gesetzgebungsverfahren zu verschiedenen Entwürfen des GKV-IPReG Stellung genommen und u.a. die Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts beim Wohnen und die Schaffung von Sonderrecht für AKI-Patient:innen kritisiert. Die Stellungnahmen sind abrufbar unter: www.bvkm.de in der Rubrik „Recht & Ratgeber/ Stellungnahmen“.
- Ein ausführlicher Beitrag von Katja Kruse zum Thema „Außerklinische Intensivpflege: Neue Richtlinie konkretisiert Regelungen eines umstrittenen Gesetzes“, ist im Juni 2022 im Rechtsdienst der Lebenshilfe erschienen (Ausgabe 2/2022).