



Die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege

- Gesetzgeberische Änderungsbedarfe für das GKV-IPReG -

I) Vorbemerkung

Zahlreiche Rückmeldungen von Menschen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (AKI) an die unterzeichnenden Verbände machen deutlich, dass die Umsetzung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) auf unterschiedlichen Ebenen zunehmend zu Rechtsunklarheit sowie zu Fehlentwicklungen, Leistungsverchiebungen und Versorgungsproblemen führt. Diese Folgen sind vor allem dadurch bedingt, dass nunmehr gesetzlich höhere Qualifikationsanforderungen für diejenigen Ärzt:innen und Pflegekräfte vorgesehen sind, die Patient:innen mit AKI-Bedarf versorgen dürfen und gleichzeitig ein Mangel an entsprechenden Fachkräften herrscht. Darüber hinaus haben sich die Rahmenbedingungen, unter denen das GKV-IPReG im Jahr 2020 beschlossen wurde, u.a. aufgrund der Entwicklung im Krankenhaussektor, inzwischen deutlich zu Lasten von Patient:innen mit AKI-Bedarf verschlechtert. Dadurch beteiligen sich z.B. bislang zu wenige Krankenhausärzt:innen an der Versorgung dieser Personengruppe. Auch hat die Corona-Pandemie zu einer weiteren Überlastung bei den Pflegefachkräften geführt und damit die Ausstiegstendenzen in diesem Beruf verstärkt. Der Fachkräftemangel in diesem Sektor hat sich dadurch noch einmal verschärft.

Die unterzeichnenden Verbände nehmen die besorgniserregenden Rückmeldungen der Betroffenen und unzureichende Entwicklungen in der Versorgungslandschaft zum Anlass, um auf Missstände aufmerksam zu machen und die sich hieraus ergebenden gesetzgeberischen Handlungsbedarfe aufzuzeigen.

II) Das GKV-IPReG und die Umsetzungsschritte auf untergesetzlicher Ebene

Das sehr umstrittene GKV-IPReG wurde am 23. Oktober 2020 vom Bundestag beschlossen. Betroffen von dem Gesetz sind etwa 22.500 Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege.¹ Diese haben Anspruch auf 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.

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 GKV-IPReG trat in wesentlichen Teilen zum 29. Oktober 2020 in Kraft und bedurfte zu seiner praktischen Umsetzung weiterer konkretisierender Regelungen auf der untergesetzlichen Ebene. Dazu gehören insbesondere:

- **Die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL):**² Diese wurde am 19. November 2021 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, ist am 18. März 2022 in Kraft getreten und wird zum 31. Oktober 2023 endgültig wirksam.³ 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 sogenannten Potenzialerhebung befugt sind (§ 8 AKI-RL). Der G-BA hat am 20. Juli 2023 die erste Änderung der AKI-RL beschlossen,⁴ die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nicht beanstandet wurde und am 15. September 2023 in Kraft getreten ist.
- **Die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege:**⁵ Diese wurden am 3. April 2023 vom GKV-Spitzenverband und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer verabschiedet und sind am 1. Juli 2023 in Kraft getreten. Sie regeln u.a., welche Anforderungen bei der Leistungserbringung von AKI in Bezug auf die Qualifikation der Pflegefachkräfte gelten und welche Grundsätze bei der Bemessung des Personalschlüssels zu berücksichtigen sind.
- **Die Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes zur außerklinischen Intensivpflege (BGA-AKI):**⁶ Diese wurde am 21. Juni 2023 vom Medizinischen Dienst (MD) erlassen und regelt

¹ 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.

² 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/.

³ Zurzeit gilt immer noch Übergangsrecht: Aufgrund des G-BA-Beschlusses vom 20.10.2022 (abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/5677/) sind 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.

⁴ Der Beschluss des G-BA zur AKI-RL vom 20.07.2023 ist abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/6100/.

⁵ Abrufbar sind die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGBV unter www.gkv-spitzenverband.de

⁶ Diese liegt dem BMG zur Genehmigung vor und ist künftig abrufbar unter www.md-bund.de

die Kriterien, Maßstäbe sowie Arbeits- und Bewertungsschritte für die Begutachtung der Versicherten, die der MD vornehmen muss, um die Anspruchsvoraussetzungen für die AKI zu prüfen.

Diese Umsetzungsschritte haben zur Folge, dass das GKV-IPReG erst nach und nach wirksam wird und sich die praktischen Auswirkungen des Gesetzes deshalb ebenfalls erst nach und nach zeigen.

Seine volle Wirksamkeit entfaltet das GKV-IPReG ab dem 31. Oktober 2023. Zu diesem Zeitpunkt tritt Art. 2 GKV-IPReG in Kraft, wodurch der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege für AKI-Patient:innen endgültig entfällt. Ab dann haben die betroffenen Versicherten nur noch Anspruch auf AKI nach dem neuen § 37c SGB V. Auch Verordnungen von AKI dürfen dann nur noch auf der Grundlage der AKI-RL erfolgen.⁷

III) Gesetzgeberische Änderungsbedarfe

In Bezug auf die sich in der Praxis vermehrt zeigenden Umsetzungsprobleme sehen die unterzeichnenden Verbände vor allem bei den folgenden vier Themenbereichen gesetzgeberische Änderungsbedarfe:

- **Anspruchsvoraussetzungen / Leistungsberechtigter Personenkreis**
- **Potenzialerhebung / Sicherstellung der Verordnungsvoraussetzungen zum Stichtag**
- **Selbst beschaffte Kräfte / Persönliches Budget**
- **Evaluation**

Im Einzelnen:

1. Anspruchsvoraussetzungen / Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V i.V.m. § 4 Absatz 1 AKI-RL regelt, welche Versicherten Anspruch auf AKI haben. Bei der Mehrheit der Anspruchsberechtigten handelt es sich um beatmete und trachealkanülierte Versicherte, wobei die medizinischen Ursachen für die Notwendigkeit einer Beatmung oder Trachealkanüle vielfältig sein können. 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 beispielsweise Versicherte mit therapieresistenten Epilepsien mit hoher Krampfanfall-Frequenz zählen. Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AKI-Bedarf bilden diese Versicherten sogar die Mehrzahl.

a) Problem

Die in § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V i.V.m. § 4 Absatz 1 AKI-RL festgelegten Voraussetzungen für den Anspruch auf AKI führen zu einer Verengung des bislang leistungsberechtigten Personenkreises und damit zu Leistungsverschiebungen in die Eingliederungshilfe (SGB IX) und die Hilfe zur Pflege (SGB XII). Problematisch ist insbesondere, dass der Anspruch auf AKI davon abhängt, dass die Versicherten auf die „ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft“ angewiesen sind. Die Pflegefachkraftpflicht wird damit zur tatbestandlichen Voraussetzung des Leistungsanspruchs auf AKI.

⁷ Am 20.07.2023 hat der G-BA den Antrag der Patientenvertretung auf eine weitere Verlängerung der Übergangsregelung abgelehnt (siehe dazu Seite 7 der Tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA vom 20.07.2023, abrufbar unter: www.g-ba.de/beschluesse/6100/).

b) Lösung

Das Erfordernis der „ständigen Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft“ darf keine Anspruchsvoraussetzung für die AKI sein. Maßgeblich für die AKI muss allein sein, ob bei den Versicherten ein Bedarf für AKI besteht. Dieser Bedarf liegt vor, wenn lebensbedrohliche Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können, die eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention erfordern, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß der erforderlichen Interventionen nicht im Voraus bestimmt werden können.

c) Zum Hintergrund

Der Personenkreis, der Anspruch auf AKI hat, wird in § 4 Absatz 1 AKI-RL bestimmt. Diese Regelung konkretisiert § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V, der die Pflegefachkraftpflicht als gesetzliche Rahmenbedingung für den Anspruch auf AKI vorgibt. 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 der erforderlichen Interventionen nicht im Voraus bestimmt werden können.

Mit dieser Formulierung übernimmt § 4 Absatz 1 AKI-RL *nahezu* wortgleich die Regelung der speziellen Krankenbeobachtung nach Nr. 24, 1. Spiegelstrich der Bemerkungsspalte des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL), nach der die Leistung bislang für den betroffenen Personenkreis verordnungsfähig war.⁸ Im Gegensatz zur AKI-RL setzte die spezielle Krankenbeobachtung nach Nr. 24 der HKP-RL jedoch lediglich die „permanente Anwesenheit einer **Pflegekraft** über den gesamten Versorgungszeitraum“ voraus. Damit war die „Pflegefachkraftpflicht“, also die ständige Anwesenheit einer *beruflich* entsprechend ausgebildeten Pflegefachkraft, bislang keine tatbestandliche Voraussetzung des Leistungsanspruchs auf spezielle Krankenbeobachtung/AKI. Genau dieses Kriterium der Pflegefachkraftpflicht, das nun – wie sich in der Praxis zunehmend zeigt - den Zugang zur AKI erschwert, hat der Gesetzgeber aber in § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V mit dem GKV-IPReG als gesetzliche Rahmenbedingung vorgegeben und damit die Voraussetzungen für den Anspruch auf AKI verschärft.

Der G-BA wollte mit der Übernahme der Formulierung aus Nr. 24 der HKP-RL in § 4 Absatz 1 AKI-RL sicherstellen, dass Versicherte, die nach bislang geltendem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung hatten, nach der neuen Rechtslage AKI beanspruchen können. In den Tragenden Gründen zu dem Beschluss wird deshalb auch klargestellt, dass der anspruchsberechtigte Personenkreis weder ausgeweitet noch eingengt werden soll.⁹ Als Folge der Überführung des anspruchsberechtigten Personenkreises in die AKI-RL wird die betreffende Regelung im Leistungsverzeichnis der HKP-RL am 31. Oktober 2023 gestrichen.¹⁰ Im Ergebnis bedeutet das: Lehnt die Krankenkasse den Anspruch auf AKI ab, gibt es künftig für die

⁸ Derzeit kann die spezielle Krankenbeobachtung nach Nr. 24 HKP-RL nur noch übergangsweise bis zum 30.10.2023 verordnet werden. Ab dem 31.10.2023 findet nur noch die AKI-RL Anwendung. Siehe dazu auch die Ausführungen unter II).

⁹ Vgl. Tragende Gründe zum Beschluss zu § 4 AKI-RL, 2.5 zu Abs. 1, abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/5142.

¹⁰ 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/.

Betroffenen keinen alternativen und explizit geregelten Leistungstatbestand mehr in der HKP-RL und damit auch keine rechtssichere Rückfallebene in der HKP-RL.¹¹

Trotz der expliziten Bekräftigung, dass es durch § 4 Absatz 1 AKI-RL keine Einengung des Personenkreises geben soll, machen sich gegenläufige Tendenzen in der Praxis bereits bemerkbar: So kommt es zunehmend vor, dass Versicherten der Anspruch auf AKI von den Krankenkassen mit der Begründung versagt wird, für die kontinuierliche Beobachtung ihres Gesundheitszustandes bedürfe es keiner Intensivpflegekraft, sondern diese Tätigkeit könne von einer geschulten angeleiteten Pflegeperson übernommen werden. Betroffen von solchen Ablehnungsbescheiden sind insbesondere Kinder und Jugendliche mit therapieresistenten Anfallsleiden. Die BGA AKI des MD verweist die Betroffenen in diesen Fällen alternativ darauf, dass die „Alarmierung der üblichen Rettungskette“ gewährleistet sein müsse und empfiehlt zur Entlastung privater Pflegepersonen im häuslichen Bereich und zur Ermöglichung von Teilhabeleistungen die „Einsätze weiterer Pflege- bzw. Betreuungspersonen in einem adäquaten Stundenumfang“.¹² Durch solche Empfehlungen findet eine Verlagerung von krankheitsspezifischen Überwachungs- und Interventionsbedarfe, die zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nach dem SGB V gehören, auf die Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX) bzw. der Hilfe zur Pflege (SGB XII) statt. Abgesehen davon, dass sie dort aufgrund ihres Leistungsinhalts nicht richtig verortet sind, kommt besonders erschwerend für Eltern von minderjährigen Kindern mit Behinderung hinzu, dass Leistungen nach dem SGB IX oder SGB XII für die Betroffenen einkommens- und vermögensabhängig sind,¹³ während es sich bei den Leistungen des SGB V um Versicherungsleistungen handelt. Höchst problematisch ist auf jeden Fall, dass den betroffenen Kindern und Jugendlichen durch die Ablehnung der AKI der Besuch von Kindergärten und Schulen und damit die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unmöglich gemacht wird.

Nachteilig wirkt sich die Pflegefachkraftpflicht überdies für AKI-Patient:innen aus, die ihre Versorgung mit AKI durch ein Persönliches Budget mit selbst geschulten Assistent:innen gestalten. Dem Schreiben einer Krankenkasse vom 12. Juli 2023 zufolge, das den unterzeichnenden Verbänden vorliegt, könne es sich in diesen Fällen „bereits definitorisch nicht um AKI handeln, wenn die Anwesenheit einer Nicht-Pflegefachkraft, also in aller Regel einer Pflegehilfskraft ausreiche“. Weitere vorliegende Schreiben anderer Krankenkasse sprechen dagegen von der Praxis fallbezogener Einzelfallentscheidungen. Eine Rechtssicherheit für bestehende Versorgungen ist hier nicht erkennbar.

d) Änderungsvorschlag

Die oben beschriebenen Fehlentwicklungen und Leistungsverschiebungen vom SGB V in das SGB IX und das SGB XII lassen sich nur durch eine Änderung des § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V und eine daraus sich ergebende Anpassung von § 4 Absatz 1 AKI-RL beheben.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb, § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V wie folgt zu fassen:

¹¹ Inwieweit die Rechtsprechung hier möglicherweise in Einzelfällen Lösungen für die Betroffenen findet, wird sich künftig zeigen. Rechtssicher und allgemeinverbindlich sind solche Einzelfallentscheidungen für andere Betroffene aber nicht.

¹² BGA AKI (Stand: 21.06.2023), Seite 44.

¹³ Vgl. §§ 135 ff. SGB IX sowie §§ 82 ff. SGB XII.

Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn lebensbedrohliche Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können, die eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention erfordern, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß der erforderlichen Interventionen nicht im Voraus bestimmt werden können. ~~die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist.~~

2. Potenzialerhebung / Sicherstellung der Verordnungsvoraussetzungen zum Stichtag

§ 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V sieht bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, mit jeder Verordnung verpflichtend die Erhebung des Potenzials für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vor. Diese Erhebung darf nur von besonders qualifizierten Ärzt:innen vorgenommen werden, die in § 8 AKI-RL näher bestimmt sind. Aus der zwingend und gesetzlich ausnahmslos vorgeschriebenen Potenzialerhebung ergeben sich zwei Problemkreise.

Im Einzelnen:

a) Mangel an potenzialerhebenden Ärzt:innen: Rechtssichere Übergangslösung in § 37c SGB V schaffen

Für die im Gesetz vorgesehene Potenzialerhebung sind derzeit nicht annähernd genügend Ärzt:innen mit der nach § 8 AKI-RL erforderlichen Qualifikation verfügbar.

aa) Problem

Die vom G-BA am 20. Juli 2023 beschlossene Übergangsregelung, wonach die Potenzialerhebung befristet bis zum 31. Dezember 2024 als „Soll-Regelung“ ausgestaltet ist, ist sehr stark auslegungsbedürftig und damit nicht rechtssicher. Sie birgt deshalb Unwägbarkeiten für die Ärzt:innen, die die AKI verordnen und gefährdet dadurch die Versorgungssicherheit von beatmeten und trachealkanülierten Versicherten.

bb) Lösung

Während eines angemessenen Übergangszeitraumes bedarf es einer Allokation der verfügbaren fachärztlichen Ressourcen und eines rechtssicheren strukturierten Überleitungsprozesses. In diesem Übergangszeitraum sollten Potenzialerhebungen vor jeder Verordnung nur für Versicherte in den ersten beiden Jahren einer außerklinischen Versorgung verpflichtend sein. In diesem Zeitraum sind die Aussichten für AKI-Patient:innen auf erfolgreiche Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besonders hoch, weshalb regelmäßige Erhebungen zur Feststellung von bislang unentdeckten oder sich entwickelnden Potenzialen notwendig sind, um eine angemessene medizinische Versorgungsqualität zu gewährleisten. Bei Versicherten, die bereits länger als zwei Jahre außerklinisch versorgt werden, sollten Potenzialerhebungen während des Übergangszeitraums dagegen nur erfolgen, wenn sie von verordnenden Ärzt:innen veranlasst oder von Versicherten gewünscht werden.

cc) Zum Hintergrund

Die mit der Einführung von § 37c SGB V vorgesehene Beteiligung von Klinikärzt:innen¹⁴ an der vertragsärztlichen Versorgung von AKI-Patient:innen konnte nicht im erforderlichen Umfang realisiert werden.

¹⁴ Vgl. BT-Drucksache 10/19368, Seite 28.

Dies belegen die aktuellen Zahlen der im Gesundheitsportal des Bundes für die Potenzialerhebung gelisteten Fachärzt:innen.¹⁵ Trotz intensivster Bemühungen der Selbstverwaltung ist die fachärztliche Beteiligung an der AKI bei weitem nicht ausreichend, um die medizinische Versorgung der Patient:innengruppe zum Stichtag des 31. Oktober 2023 in dem gesetzlich vorgesehenen Umfang zu gewährleisten.

Die vom G-BA beschlossene und am 15. September 2023 in Kraft getretene Übergangsregelung, wonach gemäß § 5a AKI-RL befristet bis 31. Dezember 2024 die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden „muss“, sondern eine Erhebung vor jeder Verordnung erfolgen „soll“,¹⁶ bietet keine ausreichende Rechtssicherheit, um die Versorgungskontinuität der Versicherten zu gewährleisten. Entsprechend der Ausführungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA bedeutet die befristete Soll-Regelung nämlich, dass eine Potenzialerhebung soweit sie **möglich** ist, durchgeführt werden **muss**. Zusätzlich sind verordnende Ärzt:innen angehalten, ein hohes Entwöhnungspotenzial zu erkennen und in diesen Fällen eine Überweisung zur Potenzialerhebung auszustellen. Schließlich haben sie darauf hinzuwirken, dass im Falle der Nichtverfügbarkeit von potenzialerhebenden Ärzt:innen die Erhebung in naher Zukunft nachgeholt wird. Da verordnende Ärzt:innen nach § 12 Absatz 1 AKI-RL die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung tragen, einschließlich der rechtzeitigen Einleitung des Verfahrens zur Potenzialerhebung, ist der durch die Soll-Regelung geforderte Aufwand für die verordnenden Ärzt:innen nicht kalkulierbar. Gleichzeitig können die unklaren Anforderungen an den erforderlichen Umfang zur Prüfung der Verfügbarkeit von potenzialerhebenden Ärzt:innen zu unterschiedlichen Einschätzungen der Rechtslage führen. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass Krankenkassen die Genehmigung von Verordnungen ohne vorherige Potenzialerhebung ablehnen, weil sie der Ansicht sind, dass entsprechende potenzialerhebende Ärzt:innen durchaus rechtzeitig zur Verfügung gestanden hätten. Mit diesen rechtlichen Unwägbarkeiten sind wirtschaftliche Risiken für die an der Versorgung beteiligten Ärzt:innen und Leistungserbringer durch Regressforderungen oder Finanzierungsvorbehalte verbunden. Sowohl Ärzt:innen als auch pflegerische Leistungserbringer ziehen sich daher aus der langjährigen Versorgung der Versicherten zurück. Den unterzeichnenden Organisationen liegen hierzu vielfache Rückmeldungen von Versicherten vor, bei denen angesichts der unklaren Anforderungen an die Voraussetzungen für die Verordnung von AKI die bisher beteiligten Ärzt:innen und pflegerischen Leistungserbringer eine Weiterversorgung ablehnen. Aufgrund fehlender personeller Ressourcen ist es AKI-Patient:innen in dieser Situation in der Regel unmöglich, auf andere Ärzt:innen oder andere Pflegedienste auszuweichen. Die mangelnde Rechtssicherheit gefährdet deshalb die Versorgungskontinuität und die Versorgungssicherheit der Versicherten.

Es bedarf daher während eines Übergangszeitraums von mindestens zwei Jahren einer rechtssicheren Übergangsregelung und eines strukturierten Überleitungsprozesses. In dieser Zeit sollten die begrenzten fachärztlichen Ressourcen in erster Linie denjenigen Versicherten zukommen, die sie am dringendsten benötigen. Da die Aussichten für Versicherte auf eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung in den ersten beiden Jahren einer außerklinischen Versorgung besonders hoch sind, sollte die Potenzialerhebung bei diesen Versicherten immer verpflichtend sein. Dabei können die im Entlassmanagement bereits koordinierten Kontakte und angelegten Versorgungspfade genutzt werden, um die Versorgungskontinuität zu erleichtern. Bei Versicherten, die bereits länger als zwei Jahre außerklinisch versorgt werden, sollten Potenzialerhebungen während des Übergangszeitraums dagegen nur anlassbezogen erfolgen, wenn sie von verordnenden Ärzt:innen veranlasst oder von Versicherten gewünscht werden. Die

¹⁵ Vgl. <https://gesund.bund.de/gesundheitsversorgung/besondere-themen/ausserklinische-intensivpflege>

¹⁶ Vgl. Beschluss des G-BA zur AKI-RL vom 20.07.2023, abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/6100/ .

Krankenkasse kann verordnende Ärzt:innen zusätzlich über die Notwendigkeit einer Potenzialerhebung informieren, wenn ihr auf Grund der regelmäßigen Begutachtung durch den MD Hinweise auf die Möglichkeit einer Therapieanpassung vorliegen. Verordnende Ärzt:innen haben die erforderlichen Maßnahmen dann einzuleiten.

Durch einen derart strukturierten Überleitungsprozess können von den an der Versorgung beteiligten Fachärzt:innen insgesamt mehr Versicherte adäquat versorgt werden, da in Fällen, in denen weder die verordnenden Ärzt:innen, noch die Versicherten oder die Krankenkassen nach Begutachtung durch den MD eine Potenzialerhebung für erforderlich halten, auf diese verzichtet werden kann. Darüber hinaus kann der Zeitraum genutzt werden, um die technisch verfügbaren, aber bisher kaum genutzten Möglichkeiten zur telemedizinischen Versorgung weiter auszubauen. Dadurch kann der Versorgungsaufwand für die potenzialerhebenden Ärzt:innen weiter reduziert werden. Gleichzeitig wird durch den Ausbau der Telemedizin für Versicherte, bei denen die Beförderung zum Ort der Potenzialerhebung mit unverhältnismäßigen Belastungen verbunden ist, die Versorgung wesentlich erleichtert.

dd) Änderungsvorschlag

Die begrenzten fachärztlichen Ressourcen machen eine rechtssichere Übergangsregelung für die Potenzialerhebung und einen strukturierten Überleitungsprozess erforderlich.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb, § 37c SGB V um einen weiteren Absatz 1a wie folgt zu ergänzen:

"(1a) ¹Befristet bis zum 31. Dezember 2025 sind ab dem 30. Oktober 2023 bei Versicherten, die länger als zwei Jahre außerklinisch versorgt werden, Verordnungen auch ohne Potenzialerhebung nach Absatz 1 Satz 6 zulässig. ²Ungeachtet dessen kann die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt eine Potenzialerhebung wie grundsätzlich vorgesehen veranlassen beziehungsweise die oder der Versicherte diese beanspruchen. ³Wenn der Krankenkasse aufgrund der regelmäßigen Begutachtung des Medizinischen Dienstes ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt, hat sie die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt über die Notwendigkeit einer erneuten Potenzialerhebung zu informieren. ⁴Diese oder dieser hat die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.

b) Ausnahmen von der Potenzialerhebung: Sinnvolle Regelungen der AKI-RL in § 37c SGB V überführen

In § 5 Absatz 6 AKI-RL sind Ausnahmen von der Potenzialerhebung für diejenigen Versicherten vorgesehen, bei denen innerhalb von zwei Jahren zweimal in Folge festgestellt wurde, dass eine Dekanülierung oder Entwöhnung von der Beatmung dauerhaft nicht möglich ist. Ferner wird in § 5 Absatz 1 Satz 1 AKI-RL klargestellt, dass die Potenzialerhebung nicht nur der Erhebung eines etwaigen Entwöhnungspotenzials, sondern auch der Erhebung von Möglichkeiten der Therapieoptimierung dient.

aa) Problem

Die unterzeichnenden Verbände halten die genannten Regelungen in der AKI-RL für sinnvoll und begrüßen diese ausdrücklich. Sie sind jedoch in Sorge darüber, dass die betreffenden Regelungen dem § 37c SGB V widersprechen, der die gesetzliche Grundlage für die AKI-RL darstellt. Denn dort ist in § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V vorgesehen, dass mit **jeder** Verordnung einer AKI eine Potenzialerhebung zu erfolgen hat. Auch

dient diese Erhebung nach dem Gesetzestext lediglich dazu, das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung festzustellen.

bb) Lösung

Die Deckungsgleichheit zwischen AKI-RL und Gesetzestext sollte hergestellt werden, um den Betroffenen – insbesondere mit Blick auf ggf. künftig erfolgende Änderungen der AKI-RL – Rechtssicherheit zu gewährleisten.

cc) Zum Hintergrund

Die Differenzierung von Patient:innengruppen, die durch § 5 Absatz 6 AKI-RL bei der Potenzialerhebung erfolgt, ist sehr zu begrüßen. Im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-IPReG hatten verschiedene Verbände 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. Die besagte Regelung in der AKI-RL setzt sich deshalb erfreulicherweise über den Wortlaut des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V hinweg.

Gerade bei den Versicherten, bei denen keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, kann eine Potenzialerhebung unter dem Gesichtspunkt der Therapieoptimierung gewinnbringend sein. Denn diese dient der besseren medizinischen Versorgung und damit der Verbesserung der Lebensqualität. Der wichtige Aspekt der Therapieoptimierung als Zielsetzung der Potenzialerhebung, der sich bislang nur aus der AKI-RL ergibt, sollte deshalb in § 37c Absatz 1 SGB V gesetzlich verankert werden.

dd) Änderungsvorschlag

Um die gebotene Rechtssicherheit zu gewährleisten, sollten begrüßenswerte Regelungen der AKI-RL, die derzeit im Widerspruch zu § 37c SGB V stehen, in den Gesetzestext übernommen werden.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb, § 37c Absatz 1 SGB V wie folgt zu ergänzen:

„⁶Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung ~~und~~oder Dekanülierung oder die Möglichkeiten der Therapieoptimierung zur Verbesserung der Lebensqualität sowie die zu deren Umsetzung jeweils notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken (Erhebung). ⁷Wird innerhalb eines Gesamtzeitraums der Patientenbeobachtung von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung nach Satz 6 festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist, ist eine Verordnung auch ohne erneute Erhebung zulässig. ⁸Ungeachtet dessen kann die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt eine Erhebung weiterhin wie grundsätzlich vorgesehen veranlassen beziehungsweise die oder der Versicherte diese beanspruchen. ⁹Wenn der Krankenkasse aufgrund der regelmäßigen Begutachtung des Medizinischen Dienstes ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt, hat sie die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt über die Notwendigkeit einer erneuten Erhebung zu informieren. Diese oder dieser hat die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.“

3. Selbst beschaffte Kräfte / Persönliches Budget

In § 37c Absatz 4 SGB V hat der Gesetzgeber zwei Alternativen zur Leistungserbringung der AKI als Sachleistung vorgesehen: Zum einen den Kostenerstattungsanspruch für selbstbeschaffte Pflegefachkräfte und zum anderen die Leistungserbringung im Rahmen eines Persönlichen Budgets.

a) Problem

Angesichts der hohen Qualifikationsanforderungen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V für Intensivpflegefachkräfte vorgesehen sind und des gleichzeitig herrschenden Fachkräftemangels in der Pflege, bedarf es zielführender Alternativen zur Leistungserbringung der AKI als Sachleistung, damit es AKI-Patient:innen auch weiterhin möglich bleibt, ihre Versorgung in der Familie oder der eigenen Häuslichkeit sicherzustellen. Die beiden in § 37c Absatz 4 SGB V vorgesehenen Möglichkeiten, AKI in der Häuslichkeit durch eine „selbstbeschaffte **Pflegefachkraft**“ (Satz 1) oder „im Rahmen eines Persönlichen Budgets“ (Satz 2) sicherzustellen, eröffnen den Versicherten diesbezüglich keine neuen Gestaltungsspielräume, da die Krankenkassen in beiden Fällen erwarten, dass die von den Versicherten eingesetzten Pflegekräfte in gleicher Weise beruflich qualifiziert sind wie bei einer Leistungserbringung der AKI als Sachleistung. Vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels ist die Vorschrift deshalb auf zwei unmöglich umzusetzende Leistungsalternativen gerichtet und läuft daher faktisch zu Lasten der betroffenen Menschen und deren Recht, ihren Versorgungsort frei zu wählen, ins Leere.

b) Lösung

§ 37c Absatz 4 Satz 1 SGB V sollte in Anlehnung an § 37 Absatz 4 SGB V so gefasst werden, dass dem Versicherten die Kosten für eine „selbstbeschaffte **Kraft**“ zu erstatten sind. Die Kosten für Qualifikationsmaßnahmen der selbstbeschafften Kraft sind von der Krankenversicherung vollumfänglich zu übernehmen. In Bezug auf das Persönliche Budget ist klarzustellen, dass die Freiheit in der Personalauswahl nicht eingeschränkt werden darf und dass die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V im Falle der Leistungserbringung durch ein Persönliches Budget nicht gelten.

c) Zum Hintergrund

Im Pflegebereich herrscht ein erheblicher Mangel an Fachkräften. Ihrem Auftrag, Leistungen der AKI als Sachleistung zur Verfügung zu stellen (§ 2 Absatz 1 SGB V), können die Krankenkassen deshalb häufig nicht nachkommen. In dieser Mangelsituation die Verantwortung für die Beschaffung einer „Pflegefachkraft“ auf die Versicherten zu verlagern und von diesen zu erwarten, dass sie die fehlenden Pflegefachkräfte für ihre Versorgung selbst beibringen müssen – wie dies zurzeit der Kostenerstattungsanspruch in § 37c Absatz 4 Satz 1 SGB V vorsieht –, verbessert die Versorgungslage der Betroffenen deshalb in keiner Weise.

Auch die Leistungserbringung von AKI im Rahmen eines Persönlichen Budgets wird durch die gesetzlichen Vorgaben zunehmend erschwert. Den unterzeichnenden Verbänden liegen Zielvereinbarungen aus dem Jahr 2022 von AKI-Patient:innen vor, wonach im Rahmen des Persönlichen Budgets nur noch examinierte Pflegefachkräfte mit einer 3-jährigen Ausbildung als Personal eingesetzt werden dürfen. Noch im Jahr 2021 war für dieselben Betroffenen lediglich festgelegt, dass sie geeignetes Personal einsetzen dürfen, „das nachvollziehbar für die individuelle Pflege eingearbeitet wurde“. Von solchen hohen Anforderungen an das Personal bei einem Persönlichen Budget muss unbedingt abgesehen werden. Ansonsten wird die Idee des Persönlichen Budgets ad absurdum geführt: Ein Unterschied zur Sachleistung ist in diesen Fällen nicht mehr vorhanden und die Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungsausführung nicht gegeben.

d) Änderungsvorschlag

Um die Versorgung von AKI-Patient:innen in der Häuslichkeit sicherzustellen, braucht es Alternativen zur Leistungserbringung der AKI als Sachleistung. § 37c Absatz 4 SGB V und § 132I Absatz 1 SGB V sind deshalb entsprechend anzupassen.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb, § 37c Absatz 4 SGB V wie folgt zu fassen:

(4) Kann die Krankenkasse keine qualifizierte Pflegefachkraft für die außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft Kraft und deren Fortbildung in angemessener Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 des Fünften Buches in Verbindung mit § 29 des Neunten Buches bleibt davon unberührt. Das gilt insbesondere für das Recht der eigenen Auswahl der Assistenzkräfte im Arbeitgebermodell oder des Leistungserbringers in der eigenen Häuslichkeit.

Außerdem wird gefordert, § 132I Absatz 1 SGB V um folgenden Satz 5 zu ergänzen:

Die Möglichkeit individueller Vereinbarungen bei Leistungserbringung im Rahmen eines Persönlichen Budgets gemäß § 37c Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V und § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) bleibt unberührt.

4. Evaluation

In § 37c Absatz 6 SGB V ist eine Regelung zur Evaluation des neuen Anspruchs auf AKI vorgesehen. Danach muss der GKV-Spitzenverband über das BMG dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf AKI vorlegen.

a) Problem

Die Berichterstattung erfolgt zu spät. Durch die neue Regelungssystematik, die das GKV-IPReG geschaffen hat, haben die betroffenen Versicherten ab dem 31. Oktober 2023 keinen Anspruch mehr auf Häusliche Krankenpflege, sondern können nur noch AKI nach dem neuen § 37c SGB V beanspruchen. Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass es zu einer Verengung des bislang leistungsberechtigten Personenkreises und damit zu Versorgungsdefiziten bei den Betroffenen kommt (siehe dazu die Ausführungen unter III. 1.)).

b) Lösung

Um auf Fehlentwicklungen rechtzeitig reagieren zu können, muss ab dem 31. Oktober 2023 durch ein enggefasstes Monitoring fortlaufend Bericht erfolgen, ob in Ermangelung differenzierter und abgestufter bedarfsgerechter Rückfall- oder Auffangtatbestände den Bedarfen der betroffenen Versicherten auf lebenssichernde Leistungen der Krankenversicherung, Rechnung getragen wird. Absehbare Versorgungsdefizite mit lebensbedrohlichen Folgen müssen frühzeitig erkannt werden, um rechtzeitig gegensteuern zu können, da es sich um einen äußerst vulnerablen Patient:innenkreis handelt.

c) Zum Hintergrund

Das GKV-IPReG basiert auf einer unzureichenden Datenlage. Eine sach- und fachgerechte Differenzierung der heterogenen Patient:innengruppe hinsichtlich Leitdiagnosen und Versorgungsverläufen sowie

Weaning- und Dekanülierungspotenzial ist daher bislang unterblieben. Gleiches gilt für Multimorbiditäten, Alter, Versorgungsformen, Versorgungsbedarfe, Leistungs- und Versorgungsdauer in der Außerklinik sowie diagnose-, verlaufs- und prognosebezogene Behandlungspfade. Eine angemessene Folgenabschätzung differenziert nach Patient:innengruppen konnte daher gar nicht erfolgen.

Die gesetzliche Neuregelung zur AKI betrifft mehrere grundrechtssensible Bereiche bei sowohl hoher Eingriffsdichte als auch hoher Eingriffsintensität. Eine zeitnahe kontinuierliche Überprüfung, ob hinsichtlich der zu differenzierenden Patient:innengruppen z.B. nach Leitdiagnosen und Verlaufsformen, die Zielsetzung des GKV-IPReG erreicht wird und beabsichtigte Wirkungen eintreten oder aber unbeabsichtigte Wirkungen auftreten und ggf. der Schutz der Grundrechte (im Zusammenwirken von gesetzlichen, untergesetzlichen und föderalen Regelungen) nicht sichergestellt ist, ist daher unabdingbar.

d) Änderungsvorschlag

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb § 37c Absatz 6 SGB V wie folgt zu fassen:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag ~~bis Ende des Jahres 2026~~ erstmalig für das Jahr 2023 bis zum 30. Juni 2024 und danach jährlich bis zum 30. Juni 2028 einen Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vor. Darin sind insbesondere aufzuführen:

1. die Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle
2. Angaben zur Leistungsdauer,
3. Angaben zum Leistungsort einschließlich Angaben zur Berücksichtigung von Wünschen der Versicherten.
4. Angaben zu Widerspruchsverfahren in Bezug auf die Leistungsbewilligung und deren Ergebnisse sowie
5. Angaben zu Satzungsleistungen der Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 3.

IV) Fazit

Die im vorliegenden Papier aufgezeigten Änderungsbedarfe am GKV-IPReG sind schnellstmöglich umzusetzen, um die Versorgung von Menschen mit Bedarf an AKI über den 31. Oktober 2023 hinaus weiterhin sicherzustellen. Die unterzeichnenden Verbände fordern den Gesetzgeber deshalb mit Nachdruck auf, umgehend im Sinne der Betroffenen tätig zu werden.

Berlin, 19. September 2023

Ansprechpartner:innen:

Katja Kruse, Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm);

Henriette Cartolano, Intensivkinder zuhause e.V.;

Thomas Koritz, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL);

Markus Behrendt, IntensivLeben – Verein für beatmete und intensivpflichtige Kinder und Jugendliche e.V.

E-Mail:

katja.kruse@bvkm.de; regio-berlin@intensivkinder.de; tkoritz@isl-ev.de; behrendt@intensivleben-kassel.de