



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)



Diese Richtlinie wurde vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstellt und nach ordnungsgemäßer Durchführung des Beteiligungs- und Anhörungsverfahrens nach § 283 Absatz 2 Satz 2 SGB V gemäß des § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V am 21. Juni 2023 erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinie am 15. September 2023 genehmigt.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Vorwort

Durch moderne Methoden der intensivpflegerischen Versorgung und ein hohes Versorgungsniveau in Deutschland ist es möglich, auch Versicherte mit einem intensivpflegerischen Versorgungsbedarf aus der Krankenhausbehandlung nach Hause zu entlassen. Die Betroffenen und ihr persönliches Umfeld sind oft in hohem Maße belastet und benötigen Sicherheit und klare Perspektiven bei der Ausgestaltung der Versorgung.

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V überführt. Das Gesetz sieht vor, dass jede Person mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege selbst entscheiden kann, an welchem Ort sie versorgt werden möchte, so lange die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort sichergestellt ist. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände am Leistungsort zu beachten. Dieser Grundsatz ist maßgeblich für die nun erstmals vorgelegte Begutachtungsanleitung außerklinische Intensivpflege. Sie soll dazu beitragen, die Einzelfallbegutachtung durch den Medizinischen Dienst für die gesetzliche Krankenversicherung hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen und der Sicherstellung der außerklinischen Intensivpflege am gewünschten Leistungsort nach § 37c SGB V bundesweit nach einheitlichen Kriterien und Maßstäben auszurichten.

Die Begutachtungsanleitung wurde durch Expertinnen und Experten der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund erarbeitet und einem Stellungnahmeverfahren unterzogen. Allen, die in diesem Entstehungsprozess ihre Expertise eingebracht haben, gilt unser besonderer Dank.

Essen im Juni 2023

Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund

Carola Engler
Stv. Vorstandsvorsitzende

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	9
2 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Einzelfallberatung/-begutachtung	11
2.1 Rechtliche Grundlagen.....	11
2.2 Inhalte und Umfang der außerklinischen Intensivpflege	18
2.3 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass	20
2.3.1 Historie	20
2.3.2 Definition und Anspruchsvoraussetzungen	21
2.3.3 Leistungsorte	23
2.3.4 Anforderungen an die Leistungserbringung und den Leistungsort.....	24
2.3.5 Krankheitsbilder	26
2.3.6 Hilfsmittel und Medizinprodukte	27
2.3.7 Stellenwert der Heilmitteltherapie in der außerklinischen Intensivpflege	27
2.4 Kriterien und Maßstäbe	29
2.4.1 Arbeits- und Bewertungsschritte	30
2.4.2 Spezielle Aspekte	32
2.4.2.1 Weaning/Dekanülierung.....	32
2.4.2.2 Nichtinvasive Beatmung	34
2.4.2.3 Abgrenzung außerklinische Intensivpflege und Palliativversorgung	36

2.4.2.4	Versorgung in der Phase F der neurologischen Rehabilitation und Notwendigkeit einer außerklinischen Intensivpflege	36
2.4.2.5	Außerklinische Intensivpflege bei Erkrankungen im HNO-Bereich mit vorhandenem Tracheostoma	37
2.4.2.6	Kinder mit Diabetes mellitus Typ1	38
2.4.2.7	Kinder/Jugendliche mit therapierefraktären Anfallsleiden	40
2.4.2.8	Kinder mit sauerstoffpflichtiger respiratorischer Insuffizienz	42
2.4.2.9	Husteninsuffizienz.....	42
3	Zusammenarbeit Krankenkasse und Medizinischer Dienst	44
3.1	Begutachtung im Rahmen der Erstfeststellung	45
3.1.1	Verordnung von AKI im Rahmen des Entlassmanagements aus stationärer Versorgung (z. B. Krankenhaus, Weaningzentrum, Rehabilitation)	45
3.1.2	Erst- bzw. Folgeverordnung von AKI durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt	46
3.2	Persönliche Begutachtung am Leistungsort im Rahmen der Folgefeststellung jährlich ..	46
3.3	Begutachtung unterjährig.....	47
4	Gutachten.....	50
4.1	Grundlagen AKI-Gutachten.....	50
4.2	Gutachtengliederung	51
4.3	Fragestellung.....	51
4.4	Diagnosen	52
4.5	Begutachtungsrelevante Unterlagen.....	52
4.6	Sachverhalt	53
4.7	Befunderhebung	54
4.8	Sozialmedizinische Beurteilung	54
4.9	Ergebnis	56
5	Vorgehen bei Widersprüchen	57

6	Ergebnismitteilung	58
7	Hinweise zur Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter	59
8	Inkrafttreten	61
9	Literatur.....	62
10	Anlagen und Verweise	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen	29
Abbildung 2: Zusammenarbeit Krankenkasse und Medizinischer Dienst	49

Abkürzungsverzeichnis

AKI	Außerklinische Intensivpflege
AKI-RL	Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie
AKI-VO	Außerklinische Intensivpflege-Verordnung
BGA	Begutachtungsanleitung
BSG	Bundessozialgericht
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HKP	Häusliche Krankenpflege
KK	Krankenkasse
LE	Leistungserbringer
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
MD	Medizinischer Dienst
NIV	Nicht-invasive Beatmung
PG	Produktgruppe
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PEJ	Perkutane endoskopische Jejunostomie
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPPV	Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
SEG	Sozialmedizinische Expertengruppe
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Durch den medizinischen Fortschritt und ein hohes Versorgungsniveau in Deutschland wird eine Vielzahl von Versicherten mit weiterhin bestehendem intensivpflegerischen Versorgungsbedarf aus der Krankenhausbehandlung entlassen. Für das Jahr 2020 verzeichnen die GKV-Statistiken ca. 18.000 Leistungsfälle in der außerklinischen ambulanten und ca. 2.600 Leistungsfälle in der außerklinischen stationären Intensivpflege und Leistungsausgaben in Höhe von rund 2,2 Mrd. Euro. Aufgrund der bisherigen strukturellen Rahmenbedingungen wurden diese Versicherten jedoch häufig ohne Ausschöpfung des Potenzials zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung in die außerklinische Intensivpflege entlassen. Dies führte insbesondere in der ambulanten Versorgung zu Fehlanreizen bei der außerklinischen Intensivpflege.

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) werden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V überführt. Ab dem 31. Oktober 2023 besteht bei diesen Versicherten kein Anspruch mehr auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V, wenn Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V tatsächlich erbracht werden.

Mit den im Gesetz vorgesehenen Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege nimmt der Gesetzgeber erstmals den gesamten Versorgungspfad im Bereich der Intensivpflege - von der Krankenhausbehandlung über die Beatmungsentwöhnung bis hin zu einer qualitätsgesicherten spezialisierten außerklinischen Intensivversorgung – in den Blick. Ein Fokus liegt dabei auf der Versorgung von Versicherten mit dem Bedarf einer außerklinischen Beatmung.

Das IPReG sieht eine Vielzahl von Regelungen vor, um die besonderen Bedarfe der betroffenen Versicherten zu berücksichtigen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sicherzustellen sowie Fehlanreize und Missbrauch zu verhindern. So bedarf die Leistung z. B. der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Bei 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 Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken. In der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist konkretisiert worden, in welchen Fallkonstellationen und zeitlichen Zusammenhängen zur Verordnung das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung zu beurteilen ist.

Außerklinische Intensivpflege kann z. B. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Wohneinheiten oder im eigenen Haushalt erbracht werden. Bei der Leistungsentscheidung der Krankenkasse ist den berechtigten Wünschen der Versicherten hinsichtlich des Orts der Leistung Rechnung zu tragen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Die Wahl des Wohnortes und der Schutz der Familie sind Grundrechte. Darüber hinaus dient die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch der Verbesserung der Lebensqualität (§ 2 Absatz 1 Satz 2 AKI-RL). Deshalb sind persönliche, familiäre und örtliche Umstände im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung zu berücksichtigen (§ 37c Absatz 2 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V). Da Versorgungslücken im intensiv-

pflegerischen Bereich zu schweren sowie lebensbedrohlichen Konsequenzen für die Versicherten führen können, ist die adäquate medizinische und pflegerische Versorgung an diesen Orten kontinuierlich im Pflegealltag zu gewährleisten (Gesetzentwurf GKV-IPReG vom 20.05.2020).

Die Feststellung darüber, ob die Voraussetzungen für eine intensivpflegerische Versorgung nach § 37c Absatz 1 SGB V (Anspruchsvoraussetzung) vorliegen und die Versorgung am Leistungsort nach § 37c Absatz 2 SGB V sichergestellt ist (Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort), wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung der oder des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen.

Die vorliegende Begutachtungsanleitung soll dazu beitragen, die Einzelfallbegutachtung durch den Medizinischen Dienst für die gesetzliche Krankenversicherung hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen für eine außerklinische intensivpflegerische Versorgung nach § 37c Absatz 1 SGB V und die Voraussetzungen für die Sicherstellung der intensivpflegerischen Versorgung am gewünschten Leistungsort nach § 37c Absatz 2 SGB V bundesweit nach einheitlichen Kriterien und Maßstäben auszurichten und somit eine hohe Qualität der Begutachtung zu gewährleisten.

Die vorliegende Begutachtungsanleitung wurde von Expertinnen und Experten des Medizinischen Dienstes erarbeitet. Nach § 283 Absatz 2 SGB V hat der Medizinische Dienst Bund folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben, soweit sie von der Begutachtungsanleitung betroffen sind:

- dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
- der Bundesärztekammer sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,
- den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
- den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und
- der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

Der Medizinische Dienst Bund hat nach Abstimmung mit den Medizinischen Diensten die Begutachtungsanleitung erlassen. Die Begutachtungsanleitung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit am 15. September 2023 genehmigt. Die Begutachtungsanleitung ist gemäß § 283 Absatz 2 SGB V für den Medizinischen Dienst verbindlich. Sie ist bei Begutachtungsaufträgen der Krankenkassen an den Medizinischen Dienst für Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V anzuwenden.

2 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Einzelfallberatung/-begutachtung

2.1 Rechtliche Grundlagen

Im Folgenden werden gesetzliche Vorgaben, zentrale Richtlinieninhalte sowie wesentliche Urteile des Bundessozialgerichtes aufgeführt, die die Grundlage für die Begutachtung von Versicherten mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen nach § 37c Absatz 1 SGB V sowie der Voraussetzungen für die Sicherstellung der intensivpflegerischen Versorgung am gewünschten Leistungsort nach § 37c Absatz 2 SGB V bilden.

§ 37c SGB V Außerklinische Intensivpflege

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat das Therapieziel mit den Versicherten zu erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. Bei 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 Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken. Zur Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2021 jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiter besteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,

3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und
4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,
2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches,
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132I Absatz 5 Nummer 1 oder
4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung nach Satz 1 sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann; dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Über die Nachbesserungsmaßnahmen nach Satz 3 schließt die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung, an der sich nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs weitere Leistungsträger zu beteiligen haben. Zur Umsetzung der Zielvereinbarung schuldet die Krankenkasse nur Leistungen nach diesem Buch. Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung nach Satz 7 zu einem früheren Zeitpunkt durchführen. Ist die Feststellung nach Satz 6 oder die Überprüfung nach den Sätzen 7 und 8 nicht möglich, weil der oder die Versicherte oder eine andere an den Wohnräumen berechtigte Person sein oder ihr Einverständnis zu der nach den Sätzen 6 bis 8 gebotenen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in den Wohnräumen nicht erteilt hat, so kann in den Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erbracht oder gewünscht werden, die Leistung an diesem Ort versagt und der oder die Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden.

(3) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches. Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches festgestellt ist. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, dass die Leistungen nach Satz 1 unter den in Satz 2 genannten Voraussetzungen auch über den in Satz 2 genannten Zeitraum hinaus weitergewährt werden.

(4) Kann die Krankenkasse keine qualifizierte Pflegefachkraft für die außerklinische Intensivpflege stellen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft 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.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem Leistungsort nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 erhalten und die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertrage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten.

[...]

§ 37 Absatz 2 SGB V Häusliche Krankenpflege

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese tatsächlich erbracht werden.¹ Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.²

§ 132I SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblich

¹ Bis zum 30.10.2023 gilt: Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben; § 37c Absatz 3 gilt entsprechend.

² Bis zum 30.10.2023 gilt: Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

chen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2022 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege zu vereinbaren. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

(2) In den Rahmenempfehlungen sind im Hinblick auf den jeweiligen Leistungsort nach § 37c Absatz 2 Satz 1 insbesondere zu regeln:

1. personelle Anforderungen an die pflegerische Versorgung einschließlich der Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs,
2. strukturelle Anforderungen an Wohneinheiten nach Absatz 5 Nummer 1 einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen,
3. Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, dem Krankenhaus und mit weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern,
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich von Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Fortbildung,
5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke nach § 302 jeweils zu übermittelnden Daten,
7. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte und
8. Maßnahmen bei Vertragsverstößen.

[...]

(5) [...] Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Satz 1 abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.

[...]

(8) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen erstellen gemeinsam und einheitlich eine Liste der Leistungserbringer, mit denen Verträge nach Absatz 5 bestehen und veröffentlichen sie barrierefrei auf einer eigenen Internetseite. Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. Sie

hat Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der mit dem Leistungserbringer vertraglich vereinbarten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege zu enthalten; sie kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit dem Leistungserbringer enthalten. Die Liste darf keine versichertenbezogenen Angaben enthalten und leistungserbringerbezogene Angaben nur, soweit diese für die Kontaktaufnahme mit dem Leistungserbringer erforderlich sind. Versicherte, die Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c haben, erhalten auf Anforderung von ihrer Krankenkasse einen barrierefreien Auszug aus der Liste nach Satz 1 für den Einzugsbereich, in dem die außerklinische Intensivpflege stattfinden soll.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL)

Gemäß gesetzlichem Auftrag bestimmte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege Anforderungen hinsichtlich Inhalt und Umfang zum neu gestalteten Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL vom 19. November 2021, zuletzt geändert am 20. Juli 2023). Ausgerichtet an dem Bedarf und dem individuellen Therapieziel der oder des Versicherten, werden in den Regelungen insbesondere Anforderungen an die Verordnung und die Qualifikation der verordnenden sowie der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte, Regelungen zur engen Vernetzung und Absprache aller an der Versorgung beteiligten Akteure, Regelungen zur Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements sowie die Berücksichtigung unterschiedlicher Krankheitsbilder und Patientengruppen aufgeführt (Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über die Erstfassung der AKI-RL vom 19. November 2021 und vom 20. Juli 2023).

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie)

Vor Inkrafttreten des IPreG wurden Versicherte mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V mit der Leistung Nummer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V versorgt (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 19. Januar 2023). Gemäß § 37c SGB V ersetzt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in Verbindung mit der AKI-RL den bisherigen Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach Nummer 24 (1. Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte) des Leistungsverzeichnisses im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege können ab dem 1. Januar 2023 nach den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V erfolgen. Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie können bis einschließlich 30. Oktober 2023 weiterhin ausgestellt werden und verlieren ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit. Die Leistung nach Nummer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie wird zum 31. Oktober 2023 aus dem Verzeichnis der verordnungsfähigen Leistungen der HKP-Richtlinie gestrichen.

Nach § 3 Absatz 2 und 3 der AKI-RL beinhaltet die außerklinische Intensivpflege alle im zeitlichen Zusammenhang anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der

HKP-Richtlinie. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können in diesen Fällen nicht separat verordnet werden. Wird außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht, kann neben dem Anspruch nach § 37c Absatz 1 Satz 1 SGB V für Zeiträume außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V bestehen. Sofern außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gemäß der HKP-Richtlinie erforderlich sind, die nicht während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden können, gelten die dort geregelten Anforderungen (Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über die Erstfassung der AKI-RL vom 19. November 2021).

Sind im Rahmen der Begutachtung die Voraussetzungen zur Erfüllung des Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c Absatz 1 SGB V nicht gegeben, können ggf. andere Leistungen (z. B. Ziffer 6 Absaugen; Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung; Ziffer 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten; Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der) der häuslichen Krankenpflege in Betracht kommen (Anlage Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V).

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien)

Die Richtlinien regeln die Kostenabgrenzung bei gleichzeitiger Erbringung von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 SGB V und körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Sinne von § 36 SGB XI durch dieselbe Pflegekraft in Fällen eines besonders hohen behandlungspflegerischen Bedarfs (Kostenabgrenzungs-Richtlinie vom 16. Dezember 2016).

Chronologie der wesentlichen Rechtsprechungen des Bundessozialgerichts

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Begutachtungsanleitung lag noch keine Rechtsprechung zum neuen § 37c SGB V vor. Nachfolgend wird die wesentliche Rechtsprechung im Zusammenhang mit § 37 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB V aufgeführt, die in der Folge zu neuen Leistungsansprüchen der Versicherten führte. Diese Rechtsprechung wurde bei der Ausgestaltung des IPReG sowie der AKI-RL berücksichtigt.

- [BSG, 28.1.1999 – B 3 KR 04/98 R:](#)

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) umfasst Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nicht bei dauernder Pflegebedürftigkeit. Der Anspruch eines Pflegebedürftigen auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V (Sicherungspflege) umfasst auch dann nicht die Grundpflege, wenn die Behandlungspflege ununterbrochen rund um die Uhr geleistet werden muss.

Erläuterung:

Mit diesem Urteil wurde verfügt, dass die Krankenkasse dem Versicherten Kosten für eine selbstbeschaffte notwendige Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten hat, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie die Leistung zu Unrecht ablehnt hat. Im verhandelten Fall führte dies zu einem Anspruch auf Behandlungspflege rund um die Uhr, weil der Kläger zur Sicherstellung seiner Atmung 24 Stunden lang ununterbrochen beobachtet werden

muss und in regelmäßigen Abständen, auch nachts, Sekretabsonderungen abgesaugt werden müssen, um die Atemwege freizuhalten. Die Sicherstellung der Grundpflege bleibt aber auch in derartigen Konstellationen Aufgabe der Pflegekasse. Die Krankenkasse ist somit nicht mit den gesamten Kosten zu belasten. Die Art der Hilfeleistungen lässt sich unterscheiden und dem jeweiligen Bereich zuordnen. Entsprechende Vereinbarungen sind zwischen Kranken- und Pflegekasse zu schließen. Die Pflegesachleistungen der Pflegekasse sind begrenzt. Soweit die monatlichen Pflegesachleistungen diesen Wert überschreiten, hat sie der Versicherte aus eigenen Mitteln zu finanzieren; erforderlichenfalls ist die Sozialhilfe eintrittspflichtig.

- BSG, 10.11.2005 – B 3 KR 38/04 R:

Der krankenversicherungsrechtliche Anspruch auf häusliche Krankenpflege umfasst auch die ständige Beobachtung des Versicherten durch eine medizinische Fachkraft, wenn diese wegen der Gefahr lebensbedrohlicher Komplikationen von Erkrankungen jederzeit einsatzbereit sein muss, um die nach Lage der Dinge jeweils erforderlichen medizinischen Maßnahmen durchzuführen.

Erläuterung:

Das BSG stellte fest, dass wegen des Anfallsleidens und der krankheitsbedingten Gefahren für die Atmungsfunktion die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer qualifizierten Pflegeperson erforderlich ist. Außerdem wurde festgestellt, dass die ständige Beobachtung eines Patienten, um jederzeit medizinisch-pflegerisch eingreifen zu können, wenn es zu Verschlechterungen der Atmungsfunktion und zu Krampfanfällen kommt, eine behandlungspflegerische Maßnahme ist. Der Begriff Behandlungspflege stellt in diesem Zusammenhang nur eine Sammelbezeichnung für alle krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen dar. Hier wurde nicht konkretisiert, welche Maßnahmen im Einzelnen als Sachleistung zu erbringen sind. Vom Grundsatz der Konkretisierung der Leistungspflicht kann im Einzelfall abgewichen werden, wenn diese entweder objektiv unmöglich ist, weil sich die Einzelheiten der Leistungspflicht erst aus den nicht exakt vorhersehbaren Gegebenheiten einer aktuellen Situation ergeben, oder wenn sich die Beteiligten nur über die Leistungspflicht dem Grunde nach streiten, jedoch kein Streit über die Einzelheiten der zu erbringenden Leistung besteht. Im verhandelten Fall trafen beide Alternativen zu. Es ging um Behandlungspflege in Form der Krankenbeobachtung und Durchführung der nach Lage der Dinge jeweils gebotenen Maßnahmen. Die ständige Beobachtung eines Patienten, um jederzeit medizinisch-pflegerisch eingreifen zu können, wenn es zu Verschlechterungen der Atmungsfunktion und zu Krampfanfällen kommt, ist hier eine behandlungspflegerische Maßnahme. Das BSG stellt in diesem Urteil außerdem fest, dass bei einem Zusammentreffen von Grund- und Behandlungspflege die Behandlungspflege grundsätzlich in den Hintergrund tritt. Dieses Urteil führte zu einer Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie. Leistungsziffer 24 *Krankenbeobachtung, spezielle* umfasste in der Folge Interventionen, die eine permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft erfordern. Somit waren Kosten für Leistungen der Behandlungspflege anteilig von den Krankenkassen zutragen, was zu finanziellen Entlastungen der Versicherten führte.

- BSG, 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R³:

Zur Kostenverteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse bei einer rund um die Uhr erforderlichen häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V, wenn die Pflegekraft zugleich die Grundpflege im

³ Dieses Urteil ist bei der Erstellung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1b SGB XI vom 16.12.2016 berücksichtigt worden.

Sinne von § 36 SGB XI durchführt und sämtliche Leistungen nach einem einheitlichen Stundensatz abgerechnet werden.

Erläuterung:

Die bisherige Praxis einer anteiligen Zuordnung der Kosten zur Kranken- und Pflegeversicherung wurde als rechtswidrig bzw. durch die Rechtsentwicklung als überholt angesehen und sollte deshalb aufgegeben werden. Bei gleichzeitiger Erbringung der Leistungen durch dieselbe Fachkraft ist eine Kostenaufteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse vorzunehmen, die dem Grundsatz der Parallelität und Gleichrangigkeit beider Ansprüche Rechnung trägt. Die Pflegekasse hat die Kosten der Hälfte des Zeitaufwands der "reinen" Grundpflege zu tragen, jedoch begrenzt auf den Höchstbetrag für die Sachleistungen der dem Versicherten zuerkannten Pflegestufe. Reicht der Höchstbetrag zur Abdeckung dieser Kosten nicht aus, hat der Versicherte den verbleibenden Rest aus eigenen Mitteln aufzubringen; notfalls ist die Sozialhilfe eintrittspflichtig. In der Folge wurden die Versicherten weiter finanziell entlastet.

- BSG, 25.02.2015 – B3 KR 10/14 R u. B 3 KR 11/14 R:

Eine Einrichtung der Eingliederungshilfe kann ein „geeigneter Ort“ zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege durch die Krankenkasse sein, wenn die Einrichtung die Leistung nicht selbst schuldet. Einfachste Maßnahmen der Krankenpflege, die für Versicherte in einem Haushalt praktisch von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen erbracht werden können, gehören in der Regel als gesetzlicher Bestandteil der Eingliederungshilfe zu den Maßnahmen, die von der stationären Einrichtung als Hilfe zur Führung eines gesunden Lebens zu erbringen sind. Weitergehende medizinische Behandlungspflege schuldet die Einrichtung nur, wenn sich dies aus ihren Verträgen, ihrer Leistungsbeschreibung, ihrem Aufgabenprofil unter Berücksichtigung der Bewohnerzielgruppe und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung ergibt.

2.2 Inhalte und Umfang der außerklinischen Intensivpflege

Gemäß § 2 Absatz 2 und 3 der AKI-RL ist die außerklinische Intensivpflege auf individuelle, patientenzentrierte Therapieziele auszurichten. Therapieziele sind

1. die Sicherstellung von Vitalfunktionen,
2. die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie
3. die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.

Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung. Bei im Rahmen der Erhebung nach § 5 AKI-RL festgestelltem perspektivischen Potenzial soll dieses im Verlauf der weiteren außerklinischen Versorgung, insbesondere der außerklinischen Intensivpflege, stabilisiert und gehoben werden.

In § 3 AKI-RL werden Inhalte der medizinischen Behandlungspflege im Sinne einer Komplexleistung konkretisierend, jedoch nicht abschließend aufgeführt. Diese Leistungen sind durch geeignete Pflegefachkräfte zu erbringen. Hierzu können insbesondere gehören:

- die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen,
- die Pflege des Tracheostomas und das Trachealkanülenmanagement,
- das Sekretmanagement,
- das Dysphagiemanagement,
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes,
- die Anwendung von Inhalations- und Absauggeräten,
- der Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht-invasiven Beatmung,
- die Erfassung und Bewertung von Vitalparametern,
- die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen und des Krisenmanagements.

Die außerklinische Intensivpflege beinhaltet gemäß § 3 Absätze 2 und 3 der AKI-RL alle im zeitlichen Zusammenhang anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege gemäß der Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V.

Das Erfordernis der außerklinischen Intensivpflege kann auch für einen Zeitraum von weniger als 24 Stunden täglich bestehen. Der notwendige zeitliche Umfang ist individuell zu prüfen. Wird außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht und kann im zeitlichen Zusammenhang der außerklinischen Intensivpflege eine notwendige behandlungspflegerische Maßnahme nicht erbracht werden, kann ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V bestehen.

Gemäß § 3 Absatz 1 Nummer 10 AKI-RL gehört zur medizinischen Behandlungspflege auch die Anleitung von An- und Zugehörigen mit dem Ziel, sie zur eigenständigen Bewältigung von Alltagssituationen durch die Vermittlung von Handlungskompetenzen oder technisch-instrumentellen Fertigkeiten zu befähigen. Dies ist insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und jungen Volljährigen zu berücksichtigen. Laut AKI-RL ist bei der Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt die Mitwirkung der An- und Zugehörigen zu berücksichtigen und zu dokumentieren. Die an der Versorgung Beteiligten arbeiten im Rahmen eines Netzwerkes eng zusammen, hier sind auch die an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen in geeigneter Weise einzubeziehen. Diese Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch die An- und Zugehörigen muss ermöglicht werden, soweit diese und der oder die Versicherte es wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. In diesem Fall hat der verordnende Vertragsarzt oder die verordnende Vertragsärztin die Krankenkasse unverzüglich über den angestrebten Leistungsumfang zu informieren.

Liegt der Bedarf für außerklinische Intensivpflege nicht mehr vor, endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Diesbezügliche Hinweise sind der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt durch den Leistungserbringer nach § 132i SGB V unverzüglich mitzuteilen und durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt zu prüfen. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert anschließend nach Rücksprache mit der oder dem Versicherten unverzüglich die Krankenkasse.

2.3 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass

2.3.1 Historie

Der Begriff "Intensivpflege" kommt aus dem klinischen Bereich. Aufgaben des ärztlichen und pflegerischen Personals der Intensivstation im Krankenhaus sind Diagnostik, Therapie, Pflege und Überwachung von Personen mit erkrankungsbedingt manifesten oder potenziell lebensbedrohlichen Störungen vitaler Funktionen. Die intensivmedizinische Behandlung umfasst den temporären Ersatz ausgefallener Organfunktionen sowie die Diagnostik und Behandlung der Erkrankung, die ursächlich für den lebensbedrohlichen Zustand ist. Inhalte der Intensivpflege sind die spezielle Überwachung und Beobachtung der Versicherten, die sichere Bereitstellung und Bedienung der technischen Geräte, die Assistenz bei Diagnostik und Therapie, die Unterstützung oder Übernahme der eingeschränkten Aktivitäten des täglichen Lebens und die Begleitung der Patientinnen und Patienten und Angehörigen während dieser Lebenskrise.

In den 1930er Jahren wurden in Krankenhäusern Wachstationen für frisch Operierte, in den 1940er Jahren Beatmungsstationen mit Negativdruck-Beatmungssystemen (Eiserne Lunge) für Patientinnen und Patienten mit Kinderlähmung, die vom Erstickungstod bedroht waren, eingerichtet. Während der Polioepidemie in den 1950er Jahren entstand die außerklinische Intensivpflege, als es vermehrt zum Einsatz der Eisernen Lunge im ambulanten Bereich kam.

In den folgenden Jahrzehnten wurde die moderne Positivdruck-Beatmung entwickelt und kontinuierlich verbessert. Neben der invasiven Beatmung (über ein Tracheostoma) wurde Ende der 1980er Jahre die nicht-invasive Beatmung über verschiedene Maskentypen etabliert, die eine außerklinische Beatmung für Patientinnen und Patienten möglich machte. In den 1990er Jahren entwickelten sich ambulante Versorgungsstrukturen (z. B. spezialisierte Pflegedienste), durch welche die Pflege und Überwachung nicht nur von beatmeten, sondern auch von Personen mit anderen krankheitsbedingt lebensbedrohlichen Störungen der Vitalfunktionen realisiert wurde. In seltenen Fällen hat sich der Zwerchfellschrittmacher als weitere Therapieoption bewährt.

Die außerklinische Intensivpflege ist möglich, wenn eine ausreichende medizinische Stabilisierung erreicht wurde, intensivmedizinische Behandlung nicht mehr notwendig ist, die oder der Versicherte jedoch weiterhin behandlungspflegerische Leistungen der Intensivpflege benötigt. Neben der außerklinischen Intensivpflege beinhaltet die außerklinische Intensivversorgung auch die außerklinische ärztliche sowie die erforderliche Heil- und Hilfsmittelversorgung.

In der außerklinischen Intensivpflege stehen die permanente Überwachung der Vitalparameter und damit verbunden die nicht planbaren behandlungspflegerischen Interventionen zur Vermeidung lebensbedrohlicher Situationen im Vordergrund. Hierzu können behandlungspflegerische Maßnahmen gehören, die den Einsatz von technischen Hilfsmitteln erfordern, um lebensbedrohliche Zustände zu verhindern bzw. abzuwenden (Siefarth, Kübler, & Keller, 2017).

Das sogenannte "Drachenfliegerurteil" des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1999 (BSG, 28.1.1999 – B 3 KR 04/98 R) hat dazu geführt, dass die (ggf. 24-stündige) Beatmungspflege als behandlungspflegerische Leistung der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird.

Mit der Aufnahme der Leistung Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses (1. Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte) „Krankenbeobachtung, spezielle“ in die Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der Fassung vom 17. September 2009 wurde ein Anspruch auf die außerklinische Intensivpflege in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt; sie ist bis zum 30.10.2023 verordnungsfähig, „wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können“.

Bereits seit 2007 bestand für Versicherte in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI) bei einem „besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V.

Versicherte in vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) haben seit 2015 Anspruch auf häusliche Krankenpflege „bei einem Bedarf an Behandlungspflege, der eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert“ (§ 37 Absatz 2 Satz 8 SGB V).

2020 wurde die außerklinische Intensivpflege im GKV-IPReG gesetzlich neu verankert mit dem Ziel, die Versorgung intensivpflegebedürftiger Versicherter zu verbessern, Fehlanreize in der Intensivpflege zu beseitigen und die Selbstbestimmung der Betroffenen zu stärken.

2.3.2 Definition und Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Gemäß § 4 Absatz 2 der AKI-RL kann bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen nicht alleine auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden.

In § 2 der AKI-RL werden folgende Therapieziele der außerklinischen Intensivpflege angegeben: Sicherstellung von Vitalfunktionen, Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes; dies beinhaltet auch die ggf. mögliche Hinführung zu einer Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung.

In § 4 der AKI-RL wird als Voraussetzung für die Notwendigkeit der ständigen Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer geeigneten Pflegefachkraft aufgeführt, dass eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist. In den Tragenden Gründen zu § 4 Absatz 1 AKI-RL wird ausgeführt, dass es nicht erforderlich ist, dass die lebensbedrohlichen Situationen tatsächlich täglich auftreten. Ausreichend ist, wenn diese Situationen prospektiv betrachtet mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können. Weiter heißt es dazu, dass der bislang leistungsberechtigte Personenkreis hierdurch weder ausgeweitet noch eingengt wird.

Zur Präzisierung der Anspruchsvoraussetzungen für eine außerklinische Intensivpflege sind in der sozialmedizinischen Begutachtung folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Es besteht eine ausreichende medizinische Stabilität ohne Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.
- Reha- bzw. Weaning- bzw. Dekanülierungspotenziale sind aktuell ausgeschöpft oder (noch) nicht vorhanden.
- Die pflegerische Interventionsbereitschaft ist primär aus vitaler Indikation notwendig.
- Die Notwendigkeit einer pflegerischen Interventionsbereitschaft besteht aufgrund lebensbedrohlicher Zustände, die unverzüglich mit behandlungspflegerischen Maßnahmen adäquat zu versorgen sind.
- Es besteht unmittelbare Lebensgefahr, wenn die ggf. erforderliche, spezifische behandlungspflegerische Handlung nicht sofort erbracht wird.
- Spezifische behandlungspflegerische Maßnahmen sind in lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich; zu geplanten Zeitpunkten durchzuführende, punktuelle Leistungen der Behandlungspflege sind nicht ausreichend.
- Oberstes Ziel ist die Sicherstellung der Vitalfunktionen.
- Kurativmedizinische bzw. lebensverlängernde Therapieansätze sind prinzipiell geboten.
- Aufgrund schwerer kognitiver und/oder motorischer Funktionseinschränkungen bzw. entwicklungsbedingt (im Kindesalter) ist die oder der Versicherte nicht in der Lage, die erforderlichen Maßnahmen selbständig durchzuführen.

Im Einzelfall ist die außerklinische Intensivpflege u. a. abzugrenzen

- von einer aufwändigen Versorgung, zum Beispiel in einer weit fortgeschrittenen Palliativsituation, bei umfassender psychosozialer Betreuung oder krankheitsbedingter Technologieabhängigkeit,
- von einer Versorgungssituation, in der aufgrund eines schwerwiegenden Krankheitsbildes zwar eine aufwändige Pflege und Betreuung erforderlich ist, jedoch planbare punktuelle behandlungspflegerische Maßnahmen ausreichend sind.

Grundsätzlich ist hinsichtlich der in der AKI-RL geforderten „lebensbedrohlichen Situationen“ zu berücksichtigen, dass es sich in der Regel um unmittelbar bevorstehende lebensbedrohliche Situationen handelt, in denen behandlungspflegerische Maßnahmen umgehend durchzuführen sind, um die ansonsten innerhalb kürzester Zeit eintretende lebensbedrohliche Situation zu verhindern.

Die in der AKI-RL aufgenommene Voraussetzung "mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar" ist in dieser nicht näher konkretisiert worden. Für die sozialmedizinische Begutachtung von Verordnungen zur außerklinischen Intensivpflege wird daher für Versicherte, bei denen es seltener als täglich zu lebensbedrohlichen Situationen mit behandlungspflegerischem Interventionsbedarf kommt, folgendes Vorgehen empfohlen:

- Im Gutachten sind vorrangig Art und Häufigkeit der Ereignisse, die auftretenden Symptome und die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen detailliert zu beschreiben.
- Unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls können die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege im Sinne von § 37c SGB V aus sozialmedizinischer Sicht als „erfüllt“, „eingeschränkt oder teilweise erfüllt“ (z. B. zeitlich befristet oder statt für 24 Stunden nur für 12 Stunden erfüllt) oder „nicht erfüllt“ beurteilt werden.

2.3.3 Leistungsorte

Gemäß § 37c Absatz 2 Satz 1 SGB V erhalten Versicherte Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an folgenden Orten:

- in einer Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte, die Leistungen nach § 37c SGB V in Anspruch nehmen

Bei den Wohneinheiten handelt es sich um ambulante betreiberinitiierte Wohngemeinschaften, in denen mindestens zwei Versicherte wohnen. Die strukturellen Anforderungen an diese Wohneinheiten regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Der Leistungserbringer muss einen Versorgungsvertrag nach § 132I Absatz 5 SGB V geschlossen haben. Das als Merkmal der ambulanten betreiberinitiierten Wohngemeinschaft deklarierte Selbstbestimmungsrecht der Versicherten ist zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind die landesrechtlichen Regelungen zu den Wohneinheiten zu beachten. Die Miete und Verpflegungskosten sind durch die Versicherten selbst zu tragen. Die pflegerische Versorgung erfolgt durch ambulante Leistungserbringer.

- in vollstationären Einrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen (§ 71 Absatz 2 SGB XI), in denen pflegebedürftige Versicherte unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft untergebracht sind und gepflegt werden. In Bezug auf die außerklinische Intensivpflege kann es sich um kleine solitäre Einrichtungen handeln, aber auch um ausgewiesene, in sich begrenzte Bereiche innerhalb einer großen stationären Pflegeeinrichtung. Jeweils muss ein Versorgungsvertrag nach § 132I Absatz 5 SGB V geschlossen sein. Der Anspruch umfasst hier die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 SGB XI, die Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 vorliegt.

- in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI (Einrichtungen oder Räumlichkeiten, die keine Pflegeeinrichtungen im Sinne § 71 Absatz 2 SGB XI sind)

In Einrichtungen oder Räumlichkeiten, die gemäß § 71 Absatz 4 SGB XI keine Pflegeeinrichtungen sind, dürfen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden, wenn der Leistungserbringer Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 103 Absatz 1 SGB IX in Räumlichkeiten im Sinne § 43a Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 oder § 43a Satz 3 SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 erbringt.

In den stationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten gemäß § 71 Absatz 4 Nummer 1 stehen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Er-

ziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund. Dabei umfasst die Leistung auch Pflegeleistungen. Der Schwerpunkt liegt jedoch nicht auf der Pflege, sondern in der Integration der Versicherten. Sie werden entsprechend ihrer Behinderung unterstützt, gefördert und in den Schul-, Arbeits- und Alltagsprozess integriert.

Räumlichkeiten gemäß § 71 Absatz 4 Nummer 3 dienen dem Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der vordergründigen Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe. In diesen Einrichtungen ist der Versorgungsumfang weitgehend vergleichbar mit der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung nach dem SGB XI. Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege werden in diesen Einrichtungen und Räumlichkeiten in der Regel aufgrund fehlender auf die außerklinische Intensivpflege ausgerichteter Qualifizierungen nicht durch das zur Verfügung stehende Personal erbracht. Die Leistungserbringung erfolgt dann durch einen nach § 132I SGB V zugelassenen Leistungserbringer. Wenn die Einrichtungen selbst Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen möchten, müssen alle Anforderungen gemäß der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V insbesondere mit Blick auf die Personalqualifikation vorliegen, um einen Vertrag nach § 132I Absatz 5 SGB V schließen zu können.

- im Haushalt oder in der Familie der oder des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen

Die Versicherten können im eigenen Haushalt Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten. Im eigenen Haushalt (auch im betreuten Wohnen) erfolgt die Leistungserbringung durch einen nach § 132I Absatz 5 SGB V zugelassenen Leistungserbringer in einer 1:1 Versorgung. In Einzelfällen, z. B. bei der Versorgung von zwei betroffenen Kindern in einem Haushalt, können ggf. Synergieeffekte entstehen.

Zu den sonstigen geeigneten Orten zählen insbesondere die Schule, Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen. Die Leistungserbringung erfolgt in diesen Versorgungsformen durch einen nach § 132I Absatz 5 SGB V zugelassenen Leistungserbringer in der Regel in einer 1:1 Versorgung. Bei einer Parallelversorgung von mehreren Versicherten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (z. B. Geschwisterkinder) können Synergieeffekte genutzt und von einer 1:1 Versorgung abgewichen werden.

2.3.4 Anforderungen an die Leistungserbringung und den Leistungsort

Entsprechend § 37c SGB V umfasst der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege neben der medizinischen Behandlungspflege auch eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts. Den berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen, dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Die Feststellung, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistungserbringung sichergestellt ist, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung der oder des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Das Ergebnis wird jährlich durch eine erneute persönliche Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach Beauftragung durch die Krankenkasse überprüft.

Die jeweiligen Landesheimgesetze, die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI sowie die Rahmenempfehlungen nach § 75 SGB XI regeln die Voraussetzungen zum Betreiben einer stationären Pflegeeinrichtung. In den Rahmenempfehlungen gemäß § 132I Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V werden die strukturellen Anforderungen insbesondere an ambulante betreiberinitiierte Wohngemeinschaften, einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen, geregelt.

Unabhängig vom Versorgungsort muss nach § 37c Absatz 2 SGB V die medizinische und pflegerische Versorgung sichergestellt sein. Die folgenden Anforderungen werden daher an alle Orte der Leistungserbringung gestellt. Diese ergeben sich aus dem aktuellen Stand des medizinischen und pflegerischen Wissens; z. B. aus der S2k – Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz - Revision 2017“ (Windisch et al., 2017).

Die persönliche Inaugenscheinnahme, eine befundbezogene Untersuchung, die Beobachtung und das Gespräch der Gutachterin bzw. des Gutachters mit dem oder der Versicherten sind wesentliche Elemente bei der Beurteilung einer sicheren Versorgung. Die Prüfung der medizinischen und pflegerischen Sicherstellung der Versorgung am Leistungsort ist komplex und vielschichtig. Auswahl und Reihenfolge der im Folgenden genannten Aspekte ergeben sich im Rahmen des Hausbesuches situativ:

- Untersuchung der versorgten Person
- Allgemein-, Ernährungs- und Pflegezustand
- Erfassung und Bewertung von Vitalparametern
- Individuelles Überwachungskonzept
- Alarmfunktionen
- Notfallmanagement
- Umgang mit Absaugen und weiteren Maßnahmen des Sekretmanagements
- Umgang mit Tracheostoma und Trachealkanüle
- Umgang mit Beatmung
- Umgang mit Sauerstoff
- Umgang mit Hygiene
- Umgang mit Problemkeimbesiedelung
- Frage nach Hilfsmitteln und Geräteeinweisungen
- Frage nach Personalqualifikationen und -einsatz
- Frage nach haus- und fachärztlicher Versorgung/Hausbesuchen/Durchführung von Kontrolluntersuchungen, u. a. zur Überprüfung des Weaning-/Dekanülierungspotenzials
- Frage nach Heilmittel-Versorgung
- Frage nach interdisziplinärer Kommunikation und Kooperation
- Befragung der versorgten Person, der (gesetzlich) betreuenden Person, der Angehörigen
- Besonderheiten der baulichen Situation, insbesondere in vom Leistungserbringer betriebenen Wohneinheiten nach § 132I Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- Durchsicht und Auswertung der Dokumentationsunterlagen

Die Versorgung von Versicherten mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege stellt hohe Anforderungen an die Patientensicherheit. Die oben genannten Aspekte sollen helfen, relevante Risiken zu identifizieren und mögliche Verbesserungspotenziale aufzuzeigen.

In der außerklinischen Intensivpflege können Konflikte zwischen Selbstbestimmung und Patientensicherheit bestehen, dennoch ist bei der Begutachtung auf relevante Risiken und Verbesserungsmaßnahmen einzugehen.

Im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung nach § 37c SGB V prüft der Gutachter bzw. die Gutachterin in Stichproben die o. g. Aspekte. Deren Auswahl ist an den Einzelfall anzupassen. Grundsätzlich geht es bei den einzelnen Aspekten um ein orientierendes Screening. Bei Auffälligkeiten kann es erforderlich sein, einzelne Aspekte auch tiefergehend zu prüfen. Die Begutachtung nach § 37c SGB V ersetzt nicht die Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI bzw. 275b SGB V.

Zur Vertiefung zu den oben genannten Sicherstellungsaspekten sind folgende Quellen relevant:

- Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante Pflege (§§ 114 ff. SGB XI) und für die häusliche Krankenpflege (§ 275b SGB V)
- Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)
- die für die AKI relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)

2.3.5 Krankheitsbilder

Bei Personen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege handelt es sich in der Regel um beatmete bzw. mit einer Trachealkanüle versorgte Versicherte aller Altersstufen, die nicht in der Lage sind, die erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen in lebensbedrohlichen Situationen selbständig durchzuführen. Folgende komplexe und fortgeschrittene Krankheitsbilder sind typisch:

- zentrale Hypoventilationssyndrome, z. B. Undine-Syndrom
- cerebrale Ischämien/Infarkte/Hypoxien
- schweres Schädelhirntrauma
- neuromuskuläre Erkrankungen: z. B. Muskeldystrophien (z. B. Morbus Duchenne), Myotone Dystrophie (Morbus Curschmann-Steinert), spinale Muskelatrophie, Post-Polio-Syndrom, hohe Querschnittslähmung, Critical-Illness-Polyneuro-/myopathie (CIP/CIM), amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
- thorakal-restriktive Erkrankungen: z. B. fortgeschrittene Kyphose, Kyphoskoliose, angeborene Thoraxdysplasie
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Obesitas-Hypoventilations-Syndrom (OHS)

Vorrangig bei Kindern und Jugendlichen sind für die Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege weitere, insbesondere folgende Krankheitsbilder relevant:

- Therapierefraktäre Anfallsleiden
- Erkrankungen mit Notwendigkeit einer Sauerstoffinsufflationstherapie, z. B. bei einer bronchopulmonalen Dysplasie mit schnell eintretender Hypoxämie

Für die Begutachtung wesentlich ist die Kenntnis von Art und Ausmaß der aus den Diagnosen resultierenden Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, vor allem respiratorische/ventilatorische Insuffizienz, Husteninsuffizienz, Dysphagie sowie kognitive bzw. motorische Beeinträchtigungen.

2.3.6 Hilfsmittel und Medizinprodukte

Für Versicherte mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege stehen unterschiedliche Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte, Trachealkanülen, Monitore und entsprechendes Zubehör zur Verfügung.

Für die Hilfsmittelversorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die Vorgaben des SGB V und der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL in der Fassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012, zuletzt geändert am 18. März 2021) entscheidend. Die Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen wird in § 275 Absatz 3 Satz 1 SGB V geregelt.

Darüber hinaus kann hinsichtlich der sozialmedizinischen und medizinischen Grundlagen der Hilfsmittelversorgung auf die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) verwiesen werden.

Des Weiteren sind die Ausführungen in den entsprechenden Produktgruppen (PG) des Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes zu beachten – insbesondere in den Produktgruppen:

- PG 01: „Absauggeräte“
- PG 03: „Applikationshilfen“
- PG 12: „Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie“
- PG 14: „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“
- PG 16: „Kommunikationsgeräte“
- PG 21: „Messgeräte für Körperzustände /-funktionen“
- PG 30: „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“

2.3.7 Stellenwert der Heilmitteltherapie in der außerklinischen Intensivpflege

Die Versorgung von Versicherten mit Heilmittel-Therapien ist sowohl im Rahmen der akuten Krankenhausbehandlung (einschließlich der Frührehabilitation) als auch nachfolgend im ambulanten Setting von besonderer Bedeutung.

Die Grundlage für die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Heilmitteltherapien sind notwendige Maßnahmen und fester Bestandteil in der außerklinischen Intensivversorgung und insbesondere bei der Vorbereitung bzw. Anbahnung eines Weaning- /Dekanülierungsprozesses erforderlich.

Durch eine konsequente Heilmitteltherapie können bei Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege häufig die zu Grunde liegenden funktionellen Schädigungen (z. B. Schluckstörung und Muskelschwäche) gebessert oder beseitigt werden. In einigen Fällen kann eine Dekanülierung bei spontan atmenden trachealkanülierten Versicherten als auch eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmungstherapie bei beatmeten Versicherten erreicht werden.

Passive und/oder insbesondere aktive Bewegungsübungen mit dem Ziel, Bewegungsfunktionen und damit die Mobilität der Versicherten zu fördern und zu erhalten, sind ebenso erforderlich. Eine allei-

nige Mobilisierung im Bett ist nicht ausreichend. Der schnellen Ermüdbarkeit und Atrophie der muskulären Atempumpe, der Skelettmuskulatur und der Entwicklung psychischer und kognitiver Defizite soll mit Bewegungsübungen entgegengewirkt werden.

Mittels spezieller Trainingsgeräte ist neben aktiven Bewegungsübungen selbst im Liegen ein passives als auch ein aktives Training von Arm- und Beinmuskulatur möglich. Trainingsgeräte können sowohl im Rahmen der Physiotherapie als auch als Ergänzung der Physiotherapie im Rahmen von Eigenübungen eingesetzt werden.

Im prolongierten Weaning haben intensive Physiotherapie, einschließlich Atemtherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (im weiteren Text wird der Begriff Logopädie verwendet), und Ergotherapie im Sinne eines ganzheitlichen Rehabilitationsprozesses einen hohen Stellenwert. Therapeutische Maßnahmen zur Rekonditionierung der atrophierten (Skelett-)Muskulatur, das Sekretmanagement mit Sekretelimination und die Therapie der Dysphagie sind im komplexen Weaningprozess essenziell und müssen bei Bedarf täglich durchgeführt werden.

Insbesondere bei neurologisch schwer erkrankten Versicherten kann eine längerfristige intensive Logopädie und Physiotherapie unter Anwendung eines suffizienten Sekretmanagements ggf. auch unter Nutzung einer mechanischen Hustenhilfe sinnvoll sein. So kann bei diesen Versicherten häufig noch eine Dekanülierung erreicht werden. Auch Versicherte im minimalen Bewusstseinszustand können so oftmals einer Dekanülierung zugeführt werden (Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zusammen mit Bund der Pneumologen et al., 2017).

Um die in der AKI-RL definierten Ziele einer Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen zu erreichen und eine ausreichende Versorgung der Versicherten mit den medizinisch notwendigen Heilmittel-Therapien im ambulanten vertragsärztlichen Setting zu gewährleisten, wurden Krankheiten im Zusammenhang mit AKI zum 1. Januar 2023 auf die Diagnoseliste der „Besonderen Verordnungsbedarfe“ (nach § 106 b Absatz 2 SGB V) aufgenommen.

Ergänzend zur Heilmitteltherapie sind mehrmals täglich spezifische pflegetherapeutische Maßnahmen und Angebote durch die Pflegefachkräfte in Abstimmung und Kooperation mit den Heilmittelerbringern und Ärztinnen und Ärzten erforderlich. Hierzu gehören Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität, der Nahrungsaufnahme, des Schluckens und des Sprechens.

Individuelle, patientenzentrierte Therapieziele sind zu definieren, um eine Verbesserung der Lebensqualität erreichen zu können und insbesondere die individuellen Fähigkeiten zu fördern und zu verbessern.

2.4 Kriterien und Maßstäbe

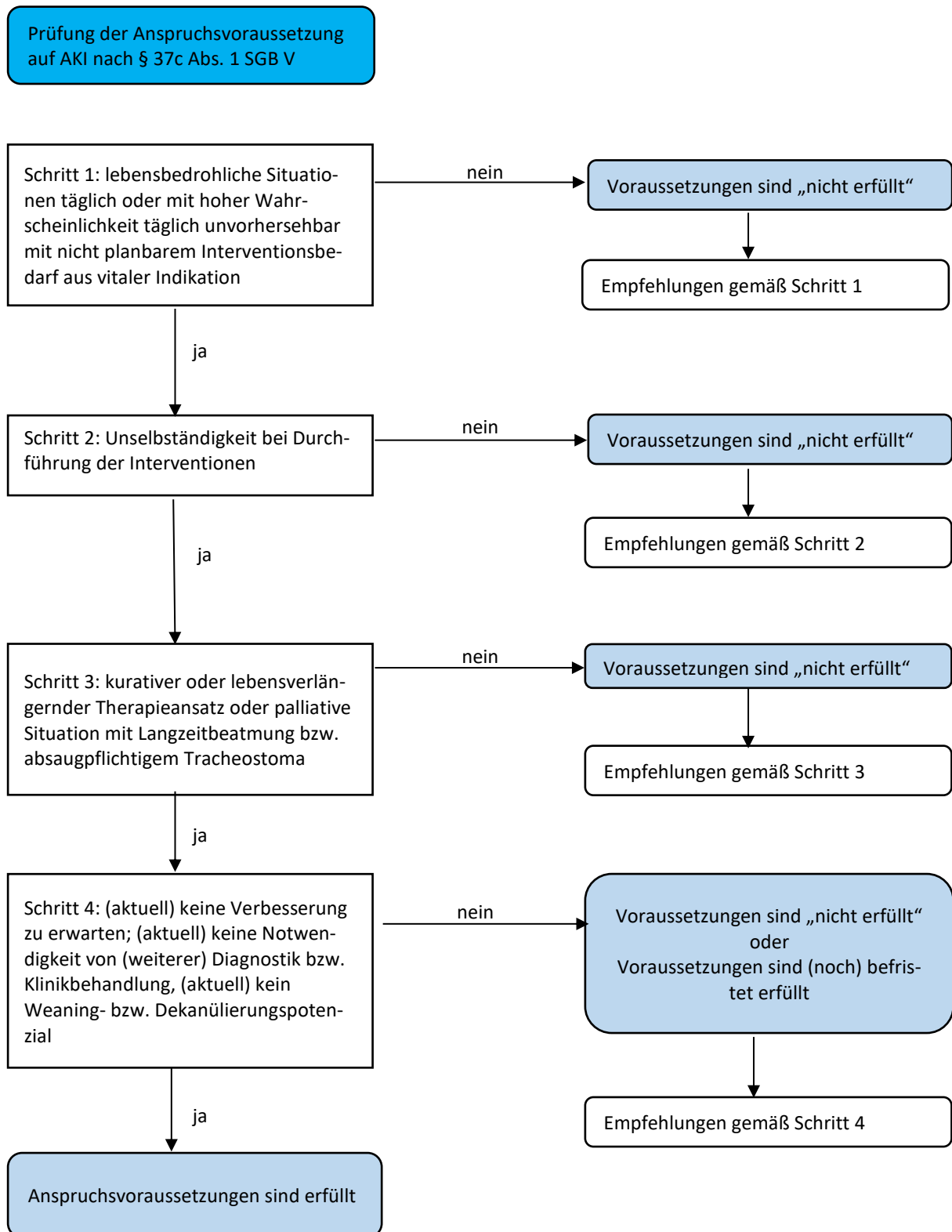


Abbildung 1: Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen

2.4.1 Arbeits- und Bewertungsschritte

Schritt 1: lebensbedrohliche Situationen täglich oder mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar mit nicht planbarem Interventionsbedarf aus vitaler Indikation

Bei diesen Versicherten kann es täglich aufgrund der bekannten Diagnose(n) mit Störungen vitaler Funktionen zu lebensbedrohlichen Situationen kommen, die eine sofortige behandlungspflegerische Intervention aus vitaler Indikation erforderlich machen. Wenn die lebensbedrohlichen Situationen mit nicht planbarem Interventionsbedarf aus vitaler Indikation nicht täglich auftreten, muss die Gutachterin bzw. der Gutachter unter Berücksichtigung der Besonderheit des Einzelfalls (z. B. therapierefraktäres Anfallsleiden) prüfen, ob diese Voraussetzung trotzdem gegeben ist.

- ➔ Falls ja → Schritt 2
- ➔ Falls nein: Ergebnis im Gutachten „nicht erfüllt“

Beispielsweise kann es aufgrund der bekannten Diagnose(n) mit Störungen vitaler Funktionen zu lebensbedrohlichen Situationen kommen; diese können jedoch in der Regel durch elektiv geplante punktuelle behandlungspflegerische Maßnahmen vermieden werden, z. B. durch engmaschige Blutzuckerkontrollen (ggf. mit Anpassung von Insulindosis oder Diät) bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus mit voraussetzender ausreichend stabiler Diabeseinstellung.

- ➔ Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „nicht erfüllt“.
Empfehlungen: Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Absatz 2 SGB V; geeignete Versorgungsstruktur in Kindergarten/Schule/heilpädagogischer Einrichtung; ggf. Therapieoptimierung durch ambulante oder stationäre medizinische Maßnahmen

In anderen Fällen (beispielsweise therapierefraktäre Anfallsleiden) können zwar lebensbedrohliche Situationen eintreten, diese treten aber nicht täglich oder mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar auf.

- ➔ Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „nicht erfüllt“.
Empfehlungen: Notfallregelung, ggf. Therapieoptimierung durch ambulante oder stationäre medizinische Maßnahmen; ggf. Optimierung der Hilfsmittelversorgung (z. B. Epilepsie-Überwachungsgerät), ggf. geeignete Versorgungs-/Betreuungsstruktur (SGB XI/XII), ggf. Alarmierung der üblichen Rettungskette

Ebenso können schwerwiegende psychiatrische Symptome (Verhaltensstörungen, Angstzustände) mit lebensbedrohlichen Situationen auftreten; die notwendige Intervention erfolgt jedoch im Regelfall mit Maßnahmen der psychosozialen Betreuung.

- ➔ Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „nicht erfüllt“.
Empfehlung: z. B. psychiatrische häusliche Krankenpflege, stationäre psychiatrische Behandlung; Psychotherapie, Betreuungsleistungen gemäß SGB XI/XII

Schritt 2: Unselbständigkeit bei Durchführung der Interventionen

Diese Versicherten sind aufgrund motorischer bzw. kognitiver Einschränkungen oder entwicklungsbedingt (z. B. Kinder) nicht in der Lage, die erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen durchzuführen.

- Falls ja → Schritt 3
- Falls nein: Ergebnis im Gutachten „nicht erfüllt“

Die oder der Versicherte ist in der Lage, die erforderlichen Maßnahmen selbstständig durchzuführen. Vorhandene Ressourcen sollten durch entsprechende Schulungen, ggf. im Rahmen einer indizierten Rehabilitationsmaßnahme (z. B. in einer Rehabilitationsklinik mit Schwerpunkt Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde), gezielt gefördert werden, um eine weitgehende Selbständigkeit bei der Durchführung der erforderlichen Maßnahmen zu erreichen.

- Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „nicht erfüllt“.
Empfehlungen: Leistungen zur Patientenschulung, rehabilitative Maßnahmen, Anleitung zur Behandlungspflege nach Ziffer 7 der Anlage zur HKP-Richtlinie

Schritt 3: kurativer oder lebensverlängernder Therapieansatz oder palliative Situation mit Langzeitbeatmung bzw. absaugpflichtigem Tracheostoma

Vorrangiges Ziel der Versorgung ist die Sicherstellung der Vitalfunktionen. Die notwendige behandlungspflegerische Intervention erfolgt primär aus vitaler Indikation. Kurativmedizinische bzw. lebensverlängernde Therapieansätze sind prinzipiell geboten. Sofern die gegebenenfalls erforderliche behandlungspflegerische Maßnahme nicht sofort erbracht wird, besteht unmittelbare Lebensgefahr. Wenn zur Verbesserung der Lebensqualität auch unter einer palliativ ausgerichteten Therapie eine Langzeitbeatmung bzw. ein absaugpflichtiges Tracheostoma indiziert sind, können die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege „erfüllt“ sein.

- Falls ja → Schritt 4
- Falls nein: Ergebnis im Gutachten „nicht erfüllt“

Vorrangiges Ziel der Versorgung ist die Symptomkontrolle zur Gewährleistung einer möglichst guten Lebensqualität. Diese Versicherten – i.d.R. ohne maschinelle Beatmung bzw. nicht trachealkanüliert - benötigen ggf. eine palliativmedizinische/-pflegerische Versorgung.

- Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „nicht erfüllt“.
Empfehlungen: Ziffer 24a der Anlage zur HKP-Richtlinie bzw. SAPV bzw. SAPPV bzw. Hospiz-Versorgung

Schritt 4: (aktuell) keine Verbesserung zu erwarten; (aktuell) keine Notwendigkeit von (weiterer) Diagnostik bzw. Klinikbehandlung, (aktuell) kein Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Vitalfunktionen ist (aktuell) nicht zu erwarten.

Es besteht (aktuell) keine Notwendigkeit von (weiterer) medizinischer Diagnostik, Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Es liegt (aktuell) kein Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial vor.

- ➔ Falls ja, Ergebnis im Gutachten: Die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „erfüllt“.
- ➔ Falls nein: Ergebnis im Gutachten „nicht erfüllt“ oder „eingeschränkt oder teilweise erfüllt“

Es besteht eine Notwendigkeit von (weiterer) medizinischer Diagnostik, Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Aktuell liegen Hinweise auf ein Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial vor.

Empfehlung bei Überleitung: Die oder der Versicherte benötigt weitere Krankenhausbehandlung, ggf. Verlegung in Beatmungs-/Weaningzentrum oder Reha-Klinik (z. B. neurologische Frührehabilitation), um vollständiges/teilweises Weaning oder Dekanülierung zu erreichen. Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „nicht erfüllt“.

Empfehlung bei Begutachtung am Leistungsort: Veranlassung einer Kontrolluntersuchung zur Diagnostik, Überprüfung therapeutischer Optionen und bestehender Potenziale (Weaning, Dekanülierung). Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „nicht erfüllt“ oder befristet erfüllt (Ergebnis im Gutachten „eingeschränkt oder teilweise erfüllt“).

2.4.2 Spezielle Aspekte

2.4.2.1 Weaning/Dekanülierung

Weaning und Dekanülierung sind zentrale Themen in der Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V.

Umfangreiche Informationen zum Tracheostoma und der Dekanülierung können der S2k-Leitlinie Prolongiertes Weaning entnommen werden (Schönhofer et al., 2019).

Weaning (Entwöhnung) ist ein komplexer Prozess in einem ärztlich geleiteten Therapieverfahren. Darunter versteht man die Übertragung der Atemarbeit und der Atemregulation vom Beatmungsgerät auf den Versicherten bzw. die Versicherte.

Ziele des Weaning sind:

- die komplette Entwöhnung vom Beatmungsgerät
- die Reduzierung der täglichen Beatmungsdauer
- die Umstellung von einer invasiven auf eine nicht invasive Beatmung

Weaning wird in folgende Kategorien eingeteilt (Boles & Biles, 2005; Boles et al., 2007; Schönhofer et al., 2019):

- Gruppe 1 - einfaches Weaning: erfolgreiches Weaning beim ersten Separationsversuch
- Gruppe 2 - schwieriges Weaning: Weaning beendet mehr als einen Tag aber weniger als eine Woche nach dem ersten Separationsversuch
- Gruppe 3 - prolongiertes Weaning: Weaning noch nicht beendet eine Woche nach dem ersten Separationsversuch
 - Gruppe 3aI - erfolgreiches Weaning mit Extubation/Dekanülierung
 - Gruppe 3aII - erfolgreiches Weaning ohne Dekanülierung

- Gruppe 3bl - erfolgreiches Weaning mit nichtinvasiver Langzeitbeatmung ohne zusätzlichen Pflegebedarf
- Gruppe 3bll - erfolgreiches Weaning mit nichtinvasiver Langzeitbeatmung und zusätzlichem Pflegebedarf
- Gruppe 3cl - erfolgloses Weaning mit außerklinischer Fortsetzung der invasiven Beatmung
- Gruppe 3cII - erfolgloses Weaning mit Tod in der Klinik

Versicherte, die den Gruppen 1 und 2 zuzuordnen sind, werden in Akutkliniken behandelt. In der außerklinischen Versorgung finden sich ausschließlich Versicherte der Weaning-Kategorie 3all, 3bll und 3cl. Zur Einteilung in die richtige Kategorie 3a, 3b oder 3c ist eine besondere Expertise erforderlich. Im Rahmen des Weaningprozesses ist die jeweils bessere Weaning-Kategorie anzustreben.

Bei Versicherten, die nicht beatmet sind, jedoch mit Tracheostoma und einliegender Trachealkanüle versorgt sind, ist die Erhebung des Dekanülierungspotenzials für eine ggf. mögliche Dekanülierung von entscheidender Bedeutung. Auch hier ist eine besondere Expertise erforderlich. Mittels differenzierter Diagnostik (insbesondere auch Schluckdiagnostik) und multimodaler Therapien, z. B. im Rahmen einer neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation oder intensiver Heilmitteltherapie, kann in vielen Fällen eine Dekanülierung erreicht werden (Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zusammen mit Bund der Pneumologen et al., 2017; Dzewas et al., 2020).

Eine häufige Verordnungsbegründung für die Versorgung mit einer Trachealkanüle ist eine Schluckstörung mit Aspirationsgefahr und kognitiver Beeinträchtigung. Dabei wird unterschätzt, dass auch diese Versicherten ein Potenzial zur Dekanülierung haben können (Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zusammen mit Bund der Pneumologen et al., 2017).

Negative Auswirkungen einer liegenden Trachealkanüle können sein:

- eine Schluckstörung wird durch eine Trachealkanüle eher gefördert,
- persistierende Schluckstörung,
- trotz geblockter Trachealkanüle wird die Speichelpenetration in die Trachea und Bronchien nicht verhindert,
- vermehrte Atemwegsinfektionen,
- herabgesetzte Hustenkapazität bei geblockter Trachealkanüle und Atmung über die künstliche Nase als Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher.

Die Lebensqualität betroffener Versicherter kann sich verbessern, wenn aus medizinischer Sicht die Trachealkanüle durch gezieltes Training entfernt und das Tracheostoma verschlossen werden kann. Daher sind die Indikationsstellung und regelmäßige Evaluation für die Notwendigkeit einer Trachealkanülenversorgung u. a. durch die in § 8 AKI-RL genannten Fachärztinnen und Fachärzte durchzuführen.

Untersuchungen zur Evaluation des Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzials wurden bisher in der Regel stationär durchgeführt. Im Zuge modifizierter Versorgungsstrukturen und durch eine engere Verzahnung der außer- und innerklinischen Sektoren sind auch ambulante Untersuchungen, z. B. in Spezialambulanzen oder Facharztpraxen mit entsprechender Expertise, möglich.

Die Potenzialerhebung bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten muss mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden. Wenn keine Aussicht auf nachhaltige Besserung besteht, wird die Potenzialerhebung jährlich durchgeführt. Wird bei diesen Erhebungen innerhalb von zwei Jahren kein

Potenzial mehr festgestellt, ist die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege auch ohne erneute Erhebung zulässig. Dies ist von den potenzialerhebenden bzw. verordnenden Ärztinnen und Ärzten sowohl auf dem Potenzialerhebungsbogen (Muster 62A) sowie auf der Verordnung (Muster 62B) entsprechend zu vermerken. Eine regelmäßige Vorstellung zur Therapieoptimierung ist auch in diesen Fällen weiterhin angezeigt.

Unabhängig davon, ob eine Erhebung nach der AKI-RL erforderlich wird, ist bei der Begutachtung immer zu prüfen, ob Hinweise auf ein Weaning- oder Dekanülierungspotenzial bzw. Hinweise auf eine Therapieoptimierung vorliegen. Diese Hinweise sind der Krankenkasse mitzuteilen, damit diese die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt gemäß § 5 Absatz 6 Satz 4 der AKI-RL über die Notwendigkeit einer erneuten Erhebung informieren kann.

Hierzu sind die folgenden Paragraphen der AKI-RL zu berücksichtigen:

- In § 2 Absatz 3 AKI-RL werden Therapieziele und Maßnahmen zur Verbesserung des Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzials beschrieben.
- Maßnahmen zur Hebung vorhandener Potenziale werden in § 2 Absatz 4 beschrieben.
- Rahmenbedingungen und inhaltliche Aspekte der Potenzialerhebung werden in § 5 detailliert beschrieben.
- Besonderheiten im Rahmen des Entlassmanagements werden in § 10 Absatz 3 beschrieben.

2.4.2.2 Nichtinvasive Beatmung

Die Maskenbeatmung (nicht invasive Beatmung; kurz NIV) kommt bei unterschiedlichen Krankheitsbildern mit heterogenen Ursachen und Ausmaßen einer respiratorischen Insuffizienz mit unterschiedlichen Maskentypen und Beatmungszeiten zum Einsatz.

„Die NIV wird überwiegend als intermittierende Beatmung durchgeführt, kann jedoch auch als kontinuierliche Therapie bei vollständig von der Beatmung abhängigen Patienten Anwendung finden“ (Windisch et al., 2017, p. 731). „Während Patienten ohne motorische Einschränkung ihre zumeist nächtliche NIV weitgehend selbst durchführen können, benötigen Betroffene mit körperlicher Behinderung unter Umständen umfangreiche Unterstützung bis hin zur ständigen Anwesenheit von Betreuungspersonen bei lebenserhaltender kontinuierlicher NIV“ (Windisch et al., 2017, p. 739). Bei unselbständigen Versicherten mit einer nicht invasiven Beatmungstherapie, einer hochgradigen Husteninsuffizienz mit Notwendigkeit eines speziellen Sekretmanagements zu unvorhersehbaren Zeiten und zur Vermeidung einer invasiven Beatmung, kann ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege bestehen.

Bei der Begutachtung sind die folgenden Items zu prüfen:

- Welche Spontanatmungszeit hat der oder die Versicherte?
- Welches Maskensystem befindet sich in Anwendung?
- Hilfsmittelversorgung
- Ausmaß der Husteninsuffizienz
- selbständiger Hilferuf/Angehörige vor Ort?
- kognitive Einschränkungen
- motorische Einschränkungen

- Grunderkrankung
- Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit einer lebensbedrohlichen Situation?

Die folgenden Fallkonstellationen stecken exemplarisch die Bandbreite der möglichen gutachterlichen Beurteilung ab. Es ist immer der Einzelfall zu betrachten:

1. nächtliche NIV zur Unterstützung und Erholung der insuffizienten Atemmuskulatur; ggf. tagsüber zusätzliche Maßnahmen zur Sekretelimination (Inhalationen); keine höhergradigen motorischen/kognitiven Funktionseinschränkungen.

Der bzw. die Versicherte ist bzgl. der Beatmungstherapie weitgehend selbständig, benötigt allenfalls punktuelle Hilfestellungen, jedoch keine permanente Präsenz einer Pflegefachkraft.

➔ Die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege sind „nicht erfüllt“.

2. nächtliche NIV via Mund-Nasen-Maske zur Unterstützung und Erholung der insuffizienten Atemmuskulatur; tagsüber suffiziente Spontanatmung; elektiv geplante Maßnahmen zur Sekretelimination (Inhalationen, Hustenhilfe); schwerste motorische Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten. Es besteht ein umfangreicher Pflege- und Betreuungsbedarf.

Der bzw. die Versicherte benötigt zum Anlegen, Abnehmen und ggf. Korrigieren der Beatmungsmaske eine Unterstützung. Das Beatmungsgerät ist mit einer Alarmfunktion ausgestattet. Der bzw. die Versicherte ist in der Lage, selbst Hilfe zu rufen. Es kommt nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar zu lebensbedrohlichen Situationen mit der Notwendigkeit einer sofortigen pflegerischen Intervention.

➔ Die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege sind „nicht erfüllt“.

Empfehlungen:

- Aufgrund der schweren Funktionseinschränkungen benötigt der oder die Versicherte bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens rund um die Uhr eine umfassende Pflege und Betreuung.
 - Ergänzend zu den Versorgungsleistungen nach SGB IX, SGB XI und SGB XII kommen punktuelle Leistungen des SGB V wie z. B. „Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes" (Ziffer 8 der HKP-Richtlinie) oder sonstige Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Betracht.
 - Die Rettungskette kann alarmiert werden.
 - Ggf. können Hinweise für andere Versorgungsformen oder zum persönlichen Budget gegeben werden, wenn die Pflege und Betreuung nicht sichergestellt sind.
3. NIV intermittierend nachts und tagsüber; zudem täglich zu unvorhersehbaren Zeitpunkten Maßnahmen zum Sekretmanagement (Hustenhilfe) bei eingeschränkter Hustenfunktion; geringe motorische Funktionen einzelner Finger.

Der bzw. die Versicherte benötigt aufgrund der respiratorischen Situation rund um die Uhr beatmungsspezifische Pflegemaßnahmen und die Interventionsbereitschaft einer geeigneten Pflegefachkraft.

➔ Die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege sind „erfüllt“.

2.4.2.3 Abgrenzung außerklinische Intensivpflege und Palliativversorgung

Leistungen aus beiden Versorgungsformen schließen sich grundsätzlich nicht gegenseitig aus. So können, je nach zugrunde liegendem Krankheitsbild, im Laufe einer außerklinischen Intensivpflege punktuelle Beratungen durch ein SAPV-Team bzw. SAPPV-Team zur Evaluation von Therapiezielen und -maßnahmen aus sozialmedizinischer Sicht begründet sein. In weit fortgeschrittenen palliativen Versorgungssituationen ist jedoch die ggf. notwendige aufwändige Palliativpflege von einer außerklinischen Intensivpflege abzugrenzen.

In der Konstellation

- palliativmedizinische Therapie mit dem Ziel der Symptomlinderung
- keine außerklinische Beatmung
- nicht trachealkanüliert

sind die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege (mit dem vorrangigen Ziel der Sicherstellung der Vitalfunktionen) „nicht erfüllt“. Der oder die Versicherte benötigt eine Palliativversorgung mit dem vorrangigen Ziel, stark belastende Symptome zu lindern und möglichst lange eine gute Lebensqualität zu erhalten.

In diesen Fällen kommen folgende Leistungen in Betracht:

- allgemeine ambulante Palliativversorgung
- Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten (Ziffer 24a der Anlage zur HKP-Richtlinie)
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV bzw. SAPPV)
- Versorgung in einem Hospiz

Unter einer palliativmedizinisch ausgerichteten Therapie, bei der eine außerklinische Beatmung oder das Absaugen bei einem absaugpflichtigen Tracheostoma medizinisch indiziert ist und eine motorische bzw. kognitive Einschränkung besteht, können die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege „erfüllt“ sein.

2.4.2.4 Versorgung in der Phase F der neurologischen Rehabilitation und Notwendigkeit einer außerklinischen Intensivpflege

Versicherte, die die Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): "Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F" der neurologischen Rehabilitation erfüllen, sind Erwachsene mit:

- schweren/schwersten, akuten Schädigungen des zentralen Nervensystems, z. B. infolge zerebraler Gefäßkrankheiten, Hypoxie, Schädel-Hirn-Trauma, Meningoencephalitis, Neoplasie,
- schweren/schwersten Funktionsstörungen in den Bereichen Bewusstsein, Kognition, Sprache/Sprechen, Motorik, Sensorik, Schlucken, ggf. auch Atmen,
- einer vorausgehenden Phase der neurologischen Behandlung und Rehabilitation.

Das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation sieht in der Phase F eine aktivierende Langzeitpflege vor mit dem Ziel, eine Verbesserung, Wiederherstellung oder zumindest Erhaltung des Funktionszustandes zu erreichen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2003).

Sofern eine häusliche Versorgung nicht möglich ist, kommt die Aufnahme in einer voll- oder teilstationären Schwerpunkteinrichtung der Phase F in Betracht; die pflegerische Versorgung erfolgt dort auf der Grundlage des SGB XI, ergänzt durch Leistungen des SGB IX und XII.

Bei Versicherten, die die Voraussetzungen für die Versorgung in einer Phase F-Einrichtung erfüllen, kann im Einzelfall, jedoch nicht in jedem Fall, ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege im Sinne von § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V (gilt bis zum 30.10.2023) bestehen. Ob die Voraussetzungen des § 37c SGB V erfüllt sind, ist im Einzelfall auf der Grundlage der AKI-RL zu beurteilen.

2.4.2.5 Außerklinische Intensivpflege bei Erkrankungen im HNO-Bereich mit vorhandenem Tracheostoma

Bei verschiedenen Erkrankungen im HNO-Bereich, wie z. B. Tumore, Folgen von Traumata, Verätzungen oder Stimmbandpareesen kann die vorübergehende oder dauerhafte Anlage eines Tracheostomas notwendig sein.

Je nach Therapie (Operation, Strahlen-, Chemo-, Immuntherapie), Krankheitsstadium und -verlauf bestehen nach Abschluss der Akuttherapie häufig:

- Beeinträchtigungen der Sprech- und Schluckfunktion
- Beeinträchtigungen der Atmung
- Unsicherheit/Unselbstständigkeit im Umgang mit den notwendigen Hilfsmitteln
- Unsicherheit/Unselbstständigkeit bei den notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen

Vorbestehende Erkrankungen, ggf. mit daraus resultierender vorbestehender Pflegebedürftigkeit, beeinflussen das Ausmaß der aktuellen Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen.

Nach Abschluss der Akuttherapie sind rehabilitative Maßnahmen in Betracht zu ziehen.

Mögliche Reha-Ziele sind:

- Wiederherstellung/Verbesserung der Sprechfunktion - z. B. Versorgung mit Sprechkanüle, Ersatzstimmanbahnung (Ösophagusersatzstimme, elektronische Sprechhilfe, Stimmprothesen)
- Wiederherstellung/Verbesserung der Schluckfunktion - mit begleitender klinischer und instrumenteller Diagnostik (Logopädie, FEES = Fiber-Endoskopische Evaluation des Schluckaktes)
- Optimierung der Hilfsmittelversorgung - z. B. Auswahl des geeigneten Trachealkanülsystems
- (Vorbereitung zur) Entwöhnung von der Trachealkanüle
- Anleitung von Betroffenen und Angehörigen
- Erlernen der notwendigen Maßnahmen im Umgang mit Tracheostoma, Trachealkanüle, Absaugen
- Vermeidung / Reduktion von Pflegebedürftigkeit
- Verbesserung von Lebensqualität, Selbstbestimmung, Eigenständigkeit
- Verbesserung der Krankheitsbewältigung

- soziale Reintegration

Sofern eine Reha-Maßnahme primär nicht indiziert war oder erfolglos verlief aufgrund

- eingeschränkter Reha-Fähigkeit bei vorhandenen Komorbiditäten, z. B. Demenz oder
- eingeschränkter/fehlender Reha-Ziele bei weit fortgeschrittener Erkrankung (ggf. mit palliativer Therapiezielsetzung)

besteht nach der Klinikentlassung ggf. ein Bedarf an medizinischer Behandlungspflege.

Bei vorhandenem Tracheostoma mit oder ohne einliegender Trachealkanüle kommen ggf. folgende Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V in Betracht:

- Wechsel und Pflege der Trachealkanüle, Behandlung des Tracheostomas (Ziffer 29 der Anlage zur HKP-Richtlinie),
- Absaugen von Sekret aus den Atemwegen (Ziffer 6 der Anlage zur HKP-Richtlinie),
- Inhalationen (Ziffer 17 der Anlage zur HKP-Richtlinie),
- Versorgung bei PEG-Sonde (Ziffer 27 der Anlage zur HKP-Richtlinie),
- Anleitung bei der Behandlungspflege (Ziffer 7 der Anlage zur HKP-Richtlinie),
- Symptomkontrolle bei Palliativpatienten (Ziffer 24a der Anlage zur HKP-Richtlinie).
- In der Regel besteht bei Versicherten mit HNO-Erkrankungen bei vorhandenem Tracheostoma und einliegender Trachealkanüle kein Bedarf an außerklinischer Intensivpflege. Diese kann im Einzelfall notwendig sein, sofern die Notwendigkeit einer permanenten Interventionsbereitschaft zur Durchführung von pflegerischen Maßnahmen in lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar besteht und eine Unselbstständigkeit bei der Durchführung der erforderlichen Maßnahmen vorliegt (siehe 2.3.2 und 2.4.1).

2.4.2.6 Kinder mit Diabetes mellitus Typ1

Der Diabetes mellitus Typ 1 ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindesalter (Danne, Holder, & Kapellen, 2022). Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts sind ca. 31.000 Versicherte in der Altersgruppe von 0-17 Jahren betroffen (Robert-Koch-Institut, 2019).

Probleme können sich im Einzelfall bei Kindern ergeben, da die Körperwahrnehmung alters- und entwicklungsabhängig noch eingeschränkt ist, noch kein oder nur ein unzureichendes Selbstmanagement möglich und die Einsichtsfähigkeit für krankheitsbedingt notwendige Verhaltensweisen reduziert ist. Es können deutliche Schwankungen der Blutzuckerwerte auftreten.

Die überwiegende Zahl der Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 sind derzeit mit einem real-time Continuous Glucose Monitoring-System (rtCGM-System)⁴ bzw. mit einer Insulinpumpe versorgt. RtCGM-Systeme verfügen über eine Alarmfunktion mit individuell einstellbaren Grenzwerten. Das Empfangsgerät für die Alarmfunktion kann in eine Insulinpumpe integriert sein. Bei rtCGM-Systemen, die mit

⁴ real-time Continuous Glucose Monitoring-System (rtCGM-System): System zur kontinuierlichen Messung der Glukosekonzentration im Gewebe; bildet zeitverzögert und näherungsweise die Blutzuckerkonzentration (den „Blutzucker“) ab.

einer Insulinpumpe gekoppelt sind, ist z. B. auch eine Unterbrechung der Insulinzufuhr bei Hypoglykämien möglich. Mittels rtCGM-Systemen können Veränderungen der Glukosekonzentration frühzeitiger erkannt und so die Sicherheit hinsichtlich des Auftretens von Hypo- und Hyperglykämien in begrenztem Maße erhöht werden (Prinz, Lange, & Holl, 2022).

Die engmaschig notwendigen behandlungspflegerischen und diätetischen Maßnahmen werden in der häuslichen Versorgung in der Regel von den Eltern erbracht. Sobald die betroffenen Kinder tagsüber Einrichtungen, zum Beispiel Kindergarten oder Schule, besuchen, müssen diese Leistungen dann von anderen Personen übernommen werden; dies kann in Abstimmung zwischen den Eltern und der Einrichtung durch das vorhandene Personal auf freiwilliger Basis erfolgen. Falls diese Option nicht realisierbar ist, können die Eltern einen Antrag auf Schulbegleitung stellen (§ 112 SGB IX). Kostenträger für die Schulbegleitung ist der Eingliederungshilfeträger (§ 112 SGB IX Leistungen zur Teilhabe an Bildung). Die Prüfung der Zuständigkeit obliegt dem Rehabilitationsträger

Sofern durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt - in der Zielsetzung, die notwendige behandlungspflegerische Versorgung (während des Aufenthalts in Kindergarten oder Schule) zu gewährleisten - außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V verordnet wird, sind bei der sozialmedizinischen Begutachtung folgende Aspekte zu berücksichtigen:

Unter der Voraussetzung einer ausreichend stabilen Diabeteseinstellung mit Gewährleistung von regelmäßigen, engmaschigen Blutzuckerkontrollen, Insulingaben nach Dosierschema und Beachtung der diätetischen Maßnahmen kann es nur selten zu Blutzuckerentgleisungen kommen, die als unmittelbar lebensbedrohlich zu bewerten sind. Diese Sondersituationen begründen nicht die Notwendigkeit einer permanenten pflegerischen Interventionsbereitschaft im Sinne einer außerklinischen Intensivpflege.

Bei Hinweisen auf eine unbefriedigende, instabile Diabeteseinstellung sollten vorrangig Maßnahmen zur Therapieoptimierung empfohlen werden; in Betracht kommen:

- regelmäßige Vorstellung in einer kinderdiabetologischen Ambulanz mit interdisziplinärem Behandlungsangebot
- Teilnahme an einem Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 1
- stationäre Krankenhausbehandlung
- stationäre Rehabilitationsmaßnahme, v.a. zeitnah nach Erstmanifestation des Diabetes mellitus Typ 1

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte sind die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege im Sinne von § 37c SGB V aus sozialmedizinischer Sicht in der Regel „nicht erfüllt“.

Um die angestrebte Inklusion mit angemessener Versorgung des Kindes in Kindergarten oder Schule zu erreichen, müssen während des Aufenthaltes in der Einrichtung gewährleistet sein:

- die allgemeine Beaufsichtigung durch das pädagogische Personal,
- Informationen/Kenntnisse des pädagogischen Personals über die Erkrankung des Kindes,
- die notwendige behandlungspflegerische Versorgung.

Als Leistung der GKV kommen folgende Einzelleistungen der Behandlungspflege gemäß § 37 SGB V in Betracht:

- Blutzuckermessung (Ziffer 11 der Anlage zur HKP-Richtlinie)
- interstitielle Glukosemessung (Ziffer 11a der Anlage zur HKP-Richtlinie)
- Injektion s. c. (Ziffer 18 der Anlage zur HKP-Richtlinie)
- Anleitung bei der Behandlungspflege (Ziffer 7 der Anlage zur HKP-Richtlinie)

Empfehlungen zu Häufigkeit und Dauer der notwendigen Interventionen sind sinnvoll, da bei Kindern in der Regel deutlich häufigere und längere Interventionen (als bei älteren Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2) erforderlich sind. Punktueller Interventionen alle 1,5 bis 2 Stunden mit einer Dauer von jeweils 10 bis 20 Minuten können summarisch als "behandlungspflegerisches Zeitkontingent" angeregt werden.

2.4.2.7 Kinder/Jugendliche mit therapierefraktären Anfallsleiden

Bei strukturell-metabolischen Hirnschädigungen (z. B. Cerebralpareesen, Stoffwechselerkrankungen, Hirnfehlbildungen) oder idiopathisch-genetisch bedingten Syndromen (z. B. Doose-Syndrom, Landau-Kleffner-Syndrom, Dravet-Syndrom) können im Kindesalter schwer behandelbare Epilepsien auftreten. Dabei führen mehrere Antikonvulsiva in Mono-/Kombinationstherapie innerhalb eines Jahres nicht zur Anfallsfreiheit. Auch andere Therapiemöglichkeiten (z. B. Epilepsiechirurgie, ketogene Diät, Vagusnervstimulation) können die Schwere bzw. Häufigkeit von Anfällen nicht wesentlich verbessern.

Meist handelt es sich um Kinder bzw. Jugendliche mit schweren/schwersten kombinierten Entwicklungsstörungen, daraus resultierenden schweren/schwersten Einschränkungen im Bereich der Alltagsaktivitäten und hochgradiger Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI.

Bei der Beurteilung der Notwendigkeit einer außerklinischen Intensivpflege ist u. a. anamnestisch zu klären, ob lebensbedrohliche Situationen auftreten, die eine sofortige behandlungspflegerische Intervention erforderlich machen.

Wesentliche Grundlagen der Begutachtung sind:

- differenzierter neurologischer Befundbericht,
- Angaben zur aktuellen Medikation, zu Medikamentenumstellungen und Wirkspiegel-Kontrollen im zurückliegenden Jahr,
- Anfallskalender über mehrere Monate mit Angaben zu Anfallszeitpunkten, Anfallsdauer, Anfalls-symptomen und durchgeführten Maßnahmen,
- Angaben zur Hilfsmittelversorgung (Monitoring, Sauerstoffgerät, Absauggerät, Beatmungsbeutel).

Von besonderer Relevanz sind folgende Angaben zu Anfallsereignissen:

- Gabe eines Bedarfsmedikaments,
- gemessene Vitalparameter,
- Sauerstoffgabe oder manuelle Beatmung bei anfallsbedingter Hypoventilation oder Apnoe,
- Sicherung der Atemwege, Sekretabsaugung bei Sekretobstruktion bzw. Aspirationsgefahr,
- Hinweise auf rezidivierende Aspirationsereignisse mit resultierenden Infekten der Atemwege.

Nach Auswertung der vorliegenden Informationen ergeben sich folgende Begutachtungskonstellationen:

1. Lebensbedrohliche Situationen mit der Notwendigkeit einer sofortigen behandlungspflegerischen Intervention - Gabe eines Bedarfsmedikaments, Sauerstoffapplikation, Sekretabsaugung - ereignen sich nachvollziehbar täglich. Die oder der Versicherte benötigt die ständige behandlungspflegerische Interventionsbereitschaft.

➔ Die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „erfüllt“.

2. Bezogen auf die vorliegenden Informationen kam es zwar nicht täglich, jedoch mit einer relevanten Häufigkeit zu lebensbedrohlichen Situationen mit der Notwendigkeit einer sofortigen behandlungspflegerischen Intervention (Gabe eines Bedarfsmedikaments, Sauerstoffapplikation, Sekretabsaugung). Unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls können die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege im Sinne von § 37c SGB V aus sozialmedizinischer Sicht als „erfüllt“ beurteilt werden.

➔ Die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „erfüllt“.

3. Bezogen auf die vorliegenden Informationen kommt es nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar zu lebensbedrohlichen Situationen mit der Notwendigkeit einer sofortigen behandlungspflegerischen Intervention (Gabe eines Bedarfsmedikaments, Sauerstoffapplikation, Sekretabsaugung).

➔ Die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „nicht erfüllt“.

Empfehlungen:

- Der oder die Versicherte benötigt eine umfassende Pflege und Betreuung rund um die Uhr.
- Die Umsetzung der vereinbarten Notfallmaßnahmen, ggf. mit Alarmierung der üblichen Rettungskette, muss gewährleistet sein.
- Die Hilfsmittelversorgung sollte überprüft und gegebenenfalls angepasst werden (z. B. Epilepsie-Überwachungsgerät).
- Um private Pflegepersonen zu entlasten und dadurch die häusliche Versorgung zu gewährleisten und um Teilhabeleistungen zu ermöglichen, werden Einsätze weiterer Pflege- bzw. Betreuungspersonen in einem adäquaten Stundenumfang empfohlen.

4. Lebensbedrohliche Situationen mit der Notwendigkeit einer sofortigen behandlungspflegerischen Intervention können - bezogen auf die vorliegenden Informationen - nicht nachvollzogen werden.

➔ Die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „nicht erfüllt“.

Empfehlungen:

- Der oder die Versicherte benötigt eine umfassende Pflege und Betreuung im Rahmen des bestehenden Pflegegrades gemäß SGB XI.
- Die Umsetzung der vereinbarten Notfallmaßnahmen, ggf. mit Alarmierung der üblichen Rettungskette, muss gewährleistet sein.

2.4.2.8 Kinder mit sauerstoffpflichtiger respiratorischer Insuffizienz

Aufgrund der physiologischen Gegebenheiten besteht bei sehr kleinen Kindern eine deutlich geringere Toleranz gegenüber Sauerstoffsättigungsabfällen. Akute Verschlechterungen der respiratorischen Situation können je nach Dauer und Ausmaß unmittelbar zu Organschäden (v.a. zerebral) führen.

Kinder mit einer sauerstoffpflichtigen respiratorischen Insuffizienz leiden oft an einer Lungenparenchymerkrankung. Häufig zu begutachten sind Säuglinge mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD). Dies ist eine chronische, aber potenziell reversible Lungenerkrankung, die vor allem bei Frühgeborenen auftritt. Auslösend ist ein multifaktorielles Geschehen, vor allem maschinelle Beatmung (mit hohem Beatmungsdruck), Infektionen und entzündliche Reaktionen. Es besteht ein zusätzlicher Sauerstoffbedarf, der über Monate persistieren kann (Höhn, 2019). Bei Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr kann es v.a. im Säuglingsalter, seltener außerhalb der Säuglingszeit, zu lebensbedrohlichen Sauerstoffsättigungsabfällen mit Bradykardien kommen. Somit sind dann die Voraussetzungen für außerklinische Intensivpflege „erfüllt“.

Bei Kindern außerhalb der Säuglingszeit ist zu prüfen, ob es durch Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr zu einer akuten lebensbedrohlichen Situation kommt. Hier sind insbesondere die vorliegenden Arztberichte zu berücksichtigen, aus denen u.a. die Indikation für die Sauerstofftherapie und die geplante Dauer (nur nachts oder auch tagsüber) hervorgeht. Bei diesen Kindern liegen oft auch Polysomnographiebefunde vor, aus denen ableitbar ist, was passiert, wenn die Sauerstoffzufuhr kurzzeitig unterbrochen wird, ob es zu unmittelbaren lebensbedrohlichen Situationen kommt.

Je nach Alter besteht eine fehlende Selbsthilfefähigkeit bzgl. der notwendigen Sauerstofftherapie. Die Voraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege können dann im Einzelfall aus fachlicher Sicht „erfüllt“ sein.

2.4.2.9 Husteninsuffizienz

Eine Husteninsuffizienz kann durch eine Schwäche der Atemmuskulatur auftreten, häufig bei neuromuskulären Erkrankungen. Zur Diagnostik sind eine ausführliche Anamnese und die Messung des Hustenspitzenflusses (peak cough flow; kurz PCF) erforderlich. Im Verlauf wird die Durchführung eines Oxymeter-Feedback-Protokolls empfohlen. Bei Sauerstoffsättigungsabfällen unter 95 Prozent bzw. 2–3 Prozent vom individuellen Bestwert wird eine Unterstützung der Hustenfunktion empfohlen (Windisch et al., 2017).

Der Normwert für den PCF liegt bei > 360 l/min. Bei Werten < 250–270 l/min besteht insbesondere bei Infekten eine Dekompensationsgefahr, so dass ein Sekretmanagement begonnen wird. In der Regel erfolgt dieses zu festen Zeiten im Sinne einer Prophylaxe. Bei einem deutlich eingeschränkten Hustenstoß von < 160 l/min und rezidivierenden Hypoxämien muss ein spezielles Sekretmanagement effektiv etabliert werden, um ein mögliches Versterben der oder des Versicherten zu verhindern (Windisch et al., 2017). Für Kinder sind die altersabhängigen Durchschnittswerte zu berücksichtigen. Das Sekretmanagement ist dann sowohl zu regelmäßigen als auch zu nicht vorhersehbaren Zeiten erforderlich. Sollte eine Etablierung des speziellen Sekretmanagements nicht gelingen, ist die Indikation für eine Tracheotomie zur sicheren Sekretelimination zu prüfen. Der individuelle Wunsch der Versicherten ist dabei zu berücksichtigen, sie sind über alle Therapiemöglichkeiten und Alternativen aufzuklären.

Die Notwendigkeit des Sekretmanagements können die im Regelfall nicht kognitiv beeinträchtigten Versicherten selbstständig erkennen und einfordern. Klinisch und mittels punktueller pulsoxymetrischer Messung wird kontrolliert, ob das Sekret ausreichend entfernt werden konnte. Eine zusätzliche Sauerstoffinsufflationstherapie bei Sauerstoffsättigungsabfällen ist bei den in der Regel lungengesunden Versicherten kontraindiziert.

Die Diagnose der hochgradigen Husteninsuffizienz muss durch entsprechende fachärztliche Diagnostik gesichert sein. Die Erprobung und Einstellung des speziellen Sekretmanagements erfolgt durch den diagnosestellenden Facharzt bzw. die diagnosestellende Fachärztin mit entsprechender Expertise. Die Anwenderinnen bzw. Anwender werden intensiv in das Management und in die Geräte eingewiesen bzw. geschult. Sollten die Maßnahmen nicht ausreichend sein, kann die Indikation für eine Mini-Tracheotomie geprüft werden. Hierbei wird eine Mini-Trach (ID 4 mm) in Seldinger Technik durch die Kehlkopfmembran geführt. Durch die Mini-Trach kann Sekret abgesaugt und, falls medizinisch erforderlich, Sauerstoff appliziert werden. Sie bietet keinen Aspirationsschutz.

Bei hochgradiger Husteninsuffizienz wird im Sinne der Lebensqualität der Versicherten ein hoher Aufwand für das spezielle Sekretmanagement betrieben, da dies die einzige Möglichkeit darstellt, eine Tracheotomie bzw. Versorgung mittels Trachealkanüle zu vermeiden.

Eine höhergradige Husteninsuffizienz kann abhängig von der Grunderkrankung und des speziellen Sekretmanagements eine außerklinische Intensivpflege erforderlich machen. Typische Maßnahmen dafür sind manuelle oder mechanische Hustenhilfen, z. B. Airstacking oder In-/Exsufflator.

Es ist zu bewerten, ob es sich um prophylaktische Maßnahmen oder um Maßnahmen zur Verhinderung einer akuten vitalen Bedrohung handelt. Hierfür sind insbesondere die ärztlichen Anordnungen zum speziellen Sekretmanagement (vor allem Sekretmobilisation und Sekretentfernung) und die konkrete Durchführung durch den Leistungserbringer nach § 132l SGB V an Hand der Pflegedokumentation heranzuziehen.

Die Husteninsuffizienz ist im Zusammenhang mit dem Gesamtzustand der oder des Versicherten zu beurteilen. Sie ist kein alleiniges Kriterium für den Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege.

3 Zusammenarbeit Krankenkasse und Medizinischer Dienst

Die vorliegende Begutachtungsanleitung soll neben den inhaltlichen Schwerpunkten der außerklinischen Intensivpflege auch die dafür notwendige Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und Medizinischen Diensten strukturieren und damit eine effiziente Interaktion gewährleisten. Diese für die außerklinische Intensivpflege notwendige Zusammenarbeit wird im Wesentlichen mit § 37c SGB V und nachfolgend der AKI-RL geregelt.

Entsprechend § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V erfolgt die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach § 37c Absatz 1 und § 37c Absatz 2 Sätze 1 bis 3 erfüllt sind durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung der Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst.

Die Krankenkasse hat entsprechend § 37c Absatz 2 Satz 7 SGB V ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen. Liegen der Krankenkasse gemäß § 37c Absatz 2 Satz 8 SGB V Anhaltspunkte vor, dass die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung zu einem früheren Zeitpunkt durchführen.

Nach § 11 der AKI-RL hat die Krankenkasse den Medizinischen Dienst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V in Verbindung mit § 275 Absatz 2 Nummer 5 SGB V mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen.

Für die Bearbeitung von Begutachtungsaufträgen zu Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c SGB V gelten die in § 13 Absatz 3a SGB V genannten Fristen:

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. [...] Kann die Krankenkasse Fristen [...] nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.“

Um eine notwendige weitere Versorgung zu gewährleisten, soll den Krankenkassen möglichst früh ein Gutachten vorliegen. Daher sind Aktenlagegutachten (bei Vorabinformation des Krankenhauses bzw. bei Verordnung des Krankenhauses und bei Vorliegen eines vorläufigen Entlassbriefs) spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags beim Medizinischen Dienst abzuschließen. Bei Begutachtungen im Rahmen eines Hausbesuchs soll das Gutachten innerhalb von drei Wochen nach Auftragseingang abgeschlossen sein. Der Termin zur Begutachtung am Leistungsort soll nach versichertenindividuellen medizinischen Gesichtspunkten erfolgen und von Seiten des Medizinischen Dienstes mit der oder dem Versicherten abgestimmt werden. Bei fehlgeschlagener Terminabsprache wird die zuständige Krankenkasse sofort informiert.

Wird bei Auftragseingang und Bearbeitung im Medizinischen Dienst ersichtlich, dass aufgrund weiterer Ermittlungen die oben genannten Bearbeitungsfristen nicht eingehalten werden können, ist die Krankenkasse unverzüglich darüber zu informieren. Diese wiederum informiert ihre Versicherten über die Gründe einer möglichen Verzögerung der Antragsbearbeitung.

Im Rahmen der AKI-Begutachtung werden vom Medizinischen Dienst weder die Erfüllungen der nach AKI-RL erforderlichen Qualifikationen der verordnenden noch der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten geprüft.

3.1 Begutachtung im Rahmen der Erstfeststellung

3.1.1 Verordnung von AKI im Rahmen des Entlassmanagements aus stationärer Versorgung (z. B. Krankenhaus, Weaningzentrum, Rehabilitation)

Die Ausstellung der Verordnung kann erfolgen, sobald die Erforderlichkeit der außerklinischen Intensivpflege festgestellt wird. Das voraussichtliche Entlassdatum ist auf der Verordnung anzugeben. Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege beginnt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus (§ 10 Absatz 2 AKI-RL).

Die Feststellung der Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege erfolgt in der stationären Versorgung (§ 10 Absatz 4 Satz 1 AKI-RL). Das Krankenhaus informiert mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung die zuständige Krankenkasse. Im Zusammenhang mit dieser Vorabinformation erhält die Krankenkasse Muster 62B mit einem voraussichtlichen Entlassdatum.

In dieser Phase kann die Krankenkasse den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung der Anspruchsvoraussetzung beauftragen. Im Rahmen der Vorabinformation kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt das Muster 62B nur soweit ausfüllen, wie dies zum Zeitpunkt der Vorabinformation aufgrund der aktuellen Situation möglich ist; die Angaben im Rahmen der Vorabinformation sind fakultativ. Bei einer Vorabinformation durch das Krankenhaus ist eine Begutachtung jedoch nur möglich, wenn die Angaben in Muster 62B aussagekräftig sind. Ferner ist für die Begutachtung ein vorläufiger Entlassbrief sinnvoll.

Die Begutachtung erfolgt nach Vorabinformation aus dem Krankenhaus nach Aktenlage. Verordnungen für außerklinische Intensivpflege sind immer dringlich, daher ist die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags beim Medizinischen Dienst durch besonders qualifizierte ärztliche Gutachterinnen und Gutachter (s. Kapitel 7) durchzuführen.

Ist auf Basis der Vorabinformation eine fallabschließende Begutachtung nach Aktenlage möglich, erfolgt in der Regel keine erneute Begutachtung bei Erstverordnung im Zusammenhang mit der Entlassung.

Sollte auf Basis der Vorabinformation keine fallabschließende Begutachtung nach Aktenlage möglich sein, weil wesentliche für die Begutachtung notwendige Informationen noch nicht vorliegen, wird eine sozialmedizinische Fallberatung ohne Fallabschluss durchgeführt mit dem Ergebnis „weitere Ermittlungen“. In der Dokumentation zur sozialmedizinischen Fallberatung sind die Unterlagen, die die Krankenkasse im Zusammenhang mit einer nachfolgenden weiteren Beauftragung zur Begutachtung bei

Leistungserbringern zur unmittelbaren Übermittlung an den Medizinischen Dienst anzufordern hat, explizit anzugeben (insbesondere der vorläufige Entlassbrief, Befunde zur Potenzialerhebung, Befunde zur Heilmitteltherapie, Angaben zur Hilfsmittelversorgung und ggf. der Überleitbogen). In diesem Fall hat die erforderliche Begutachtung bei Erstverordnung zur Prüfung der medizinischen Voraussetzungen per Aktenlage zu erfolgen. Der Medizinische Dienst prüft die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen der außerklinischen Intensivpflege, die Potenzialausschöpfung und ggf. Möglichkeiten der Therapieoptimierung.

3.1.2 Erst- bzw. Folgeverordnung von AKI durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt

Eine Erst- bzw. eine Folgeverordnung der außerklinischen Intensivpflege wird durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt erstellt. Nach Eingang der Verordnung für die außerklinische Intensivpflege bei der Krankenkasse erfolgt die Beauftragung des Medizinischen Dienstes. Der Medizinische Dienst prüft die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen der außerklinischen Intensivpflege, die Potenzialausschöpfung, ggf. Möglichkeiten der Therapieoptimierung und die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort. Sofern zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung noch keine Versorgung am Leistungsort stattfindet, kann eine Aktenlagebegutachtung erfolgen.

Mit der Beauftragung müssen die vollständige Verordnung der außerklinischen Intensivpflege sowie weitere notwendige Unterlagen vorliegen. Hierzu zählen z. B. der Entlassbrief, Überleitbogen, Befund der Potenzialerhebung, Befunde der Heilmitteltherapie, Angaben zur Hilfsmittelversorgung und die Pflegedokumentation. Diese werden von der Krankenkasse auf Grundlage des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V bei den jeweiligen Leistungserbringern angefordert und dem Medizinischen Dienst zur Verfügung gestellt. Als Produkt wird vom Medizinischen Dienst innerhalb von drei Wochen immer ein sozialmedizinisches Gutachten erstellt (Ausnahme: sozialmedizinische Stellungnahme bei nicht fallabschließendem Ergebnis). Ein nach medizinischem Erfordernis geeigneter Zeitpunkt für die Folgebegutachtung soll empfohlen werden.

Mit der Beauftragung hat die Krankenkasse den Medizinischen Dienst darüber zu informieren, in welchem Abstand gemäß § 5 der AKI-RL bei der oder dem Versicherten eine Potenzialerhebung durchgeführt werden muss oder ob keine Potenzialerhebung (mehr) erforderlich ist, wenn sich dies nicht aus Muster 62A und 62B ergibt.

3.2 Persönliche Begutachtung am Leistungsort im Rahmen der Folgefeststellung jährlich

Die Krankenkasse beauftragt den Medizinischen Dienst für die jährlich zu überprüfende Feststellung, ob die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege weiterhin vorliegen, die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege am Leistungsort gewährleistet sind und ggf. Möglichkeiten der Therapieoptimierung vorliegen. Die Begutachtung findet im Rahmen eines Hausbesuches statt. Wenn die Versorgung an mehreren Orten erfolgt, z. B. Haushalt und Schule, soll in der Regel an dem Ort der Leistungserbringung begutachtet werden, an dem die Versorgung hauptsächlich stattfindet. Die Gutachtenerstellung soll innerhalb von drei Wo-

chen erfolgen. Um eine fristgerechte Erledigung zu erreichen ist es sinnvoll, Aufträge für jährliche Routinefolgebegutachtungen in Abstimmung zwischen den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst über das Jahr gleichmäßig zu verteilen.

Folgende Unterlagen bzw. Informationen müssen dem Medizinischen Dienst, soweit relevant, vorliegen:

- aktuelle Verordnung der außerklinischen Intensivpflege von der Vertragsärztin bzw. vom Vertragsarzt (Muster 62A, 62B, 62C)
- aktuelle Adresse des Leistungsortes der außerklinischen Intensivpflege
- letzter fachärztlicher Befund zur Potenzialerhebung (zusätzlich zu Muster 62A)
- Anfallsprotokoll (sofern entsprechende neurologische Diagnose vorliegt), letzte Anpassung der antiepileptischen Therapie, aktueller Medikamentenspiegel
- Facharztberichte
- ärztliche Berichte/Befunde zur Kontrolle der Grunderkrankung
- Berichte einer laufenden Physio-, Logo- bzw. Ergotherapie
- vorhandene letzte Krankenhausberichte
- bei Kindern: Berichte der Spezialambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren, ggf. Polysomnographiebefunde
- Pflegedokumentation der außerklinischen Intensivpflege des Leistungserbringers nach § 132I SGB V in der Regel für die letzten vier Wochen, z. B.
 - Protokoll Vitalfunktionsbeobachtung
 - ggf. Beatmungsprotokoll
 - ggf. Absaugprotokoll
 - ggf. Anfallsprotokoll
 - Medikamentenplan, Bedarfsmedikation
 - Pflegebericht
 - Pflegeprotokoll Behandlungspflege aus anderem Grund
- Leistungsauszug der Krankenkasse für stationäre Aufenthalte
- Leistungsauszug der Krankenkasse für Hilfsmittel
- Leistungsauszüge des letzten Jahres über weitere ambulante Leistungen nach SGB V
- Pflegegutachten nach SGB XI mit Angabe, ob Sach-, Kombi- oder Geldleistung
- ggf. Frage nach dem Grad der Behinderung und der Merkzeichen

Der Medizinische Dienst begutachtet am Leistungsort, ob die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege vorliegen und ob sich Hinweise darauf ergeben, dass die medizinische und pflegerische Versorgung nicht sichergestellt ist.

Der Medizinische Dienst erstellt als Produkt ein sozialmedizinisches Gutachten. Ein nach medizinischem Erfordernis geeigneter Zeitpunkt für die Folgebegutachtung soll empfohlen werden.

3.3 Begutachtung unterjährig

Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege nicht mehr gegeben sind, hat sie die jährliche Überprüfung zu einem früheren Zeitpunkt durchzuführen und beauftragt den Medizinischen Dienst mit einer Begutachtung.

Der Medizinische Dienst geht im Gutachten insbesondere auf die von der Krankenkasse mitgeteilten Anhaltspunkte der notwendigen Überprüfung ein. Notwendige Unterlagen/Befunde richten sich nach dem Anlass der Überprüfung.

Ebenso können bei unterjährigen Folgeverordnungen, bei denen Hinweise auf erhebliche Veränderungen der Leistungsvoraussetzungen vorliegen, im Einzelfall Begutachtungen erforderlich werden.

Der Medizinische Dienst entscheidet nach sozialmedizinischer Prüfung der mitgeteilten Anhaltspunkte, ob ein Gutachten nach Aktenlage oder ein Hausbesuch erforderlich ist. Die Gutachtenerstellung soll innerhalb von drei Wochen erfolgen.

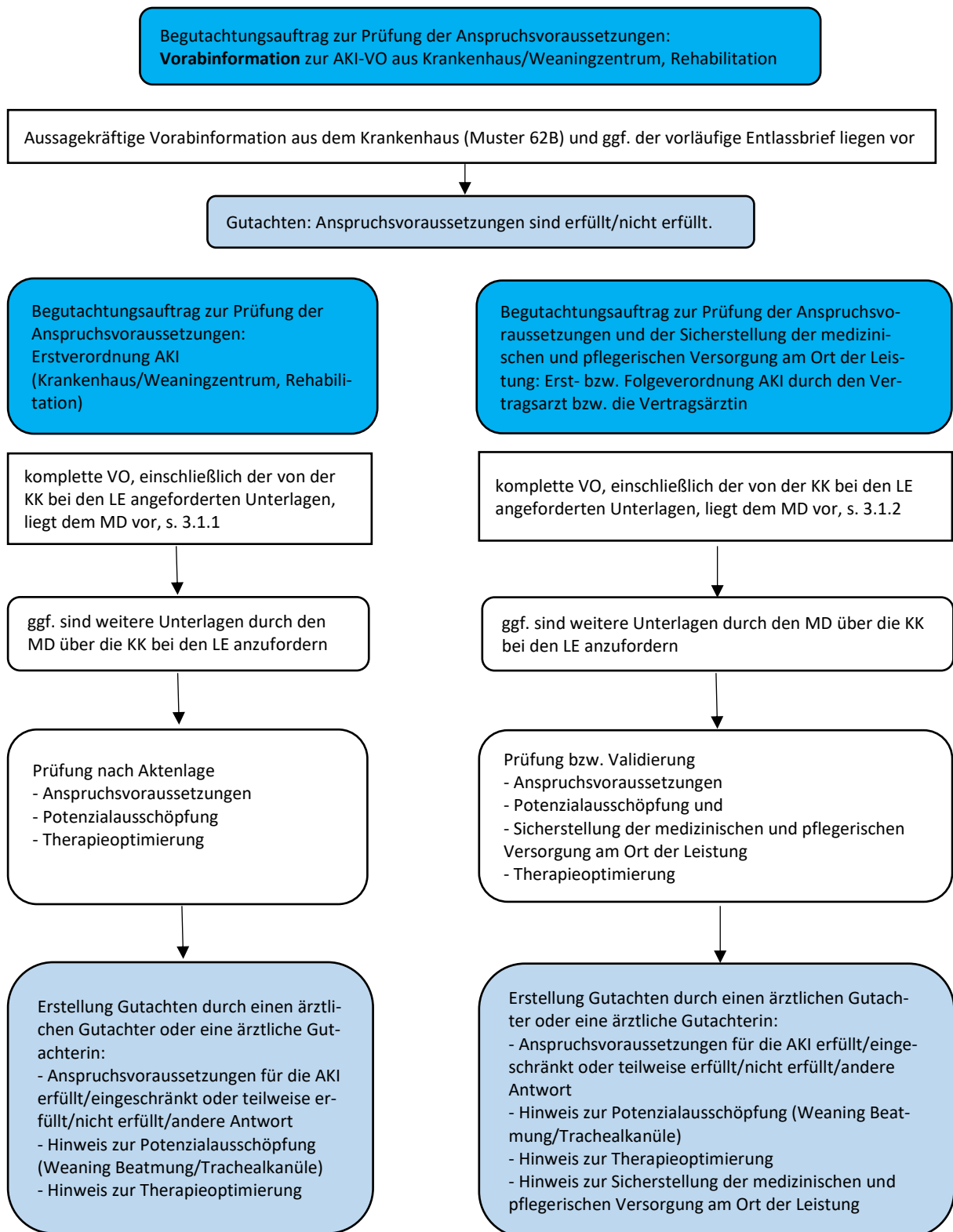


Abbildung 2: Zusammenarbeit Krankenkasse und Medizinischer Dienst

4 Gutachten

4.1 Grundlagen AKI-Gutachten

Bei der Beurteilung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V handelt es sich um eine komplexe sozialmedizinische Begutachtung, die grundsätzlich durch besonders qualifizierte und erfahrene ärztliche Gutachterinnen und Gutachter zu erfolgen hat (siehe Kapitel 7). Die Bewertung und Beurteilung der einzelnen Unterlagen und Befunde mit sozialmedizinischer Epikrise obliegt immer ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern.

In § 37c SGB V sowie in der AKI-RL wurde festgelegt, dass Versicherte, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege beanspruchen, mindestens einmal im Jahr durch den Medizinischen Dienst persönlich am Leistungsort zu begutachten sind. Hierbei handelt es sich um eine persönliche Befunderhebung, die ein Gutachten erforderlich macht.

Die Erstbegutachtung erfolgt in der Regel im Rahmen der Überleitung vom klinischen in den außerklinischen Bereich. Die Versicherten befinden sich noch in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung. In einem definierten Prozess muss die Überleitung der Versicherten von der Klinik in die außerklinische Versorgung geplant werden. Dabei kommt der gutachterlichen Feststellung, ob zum Zeitpunkt der Entlassung oder ggf. erst perspektivisch ein Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial und der Frage, ob die Voraussetzungen der klinischen Intensivpflege nach §37c SGB V vorliegen, eine wegweisende Bedeutung zu. Sofern erkennbar ist, dass ein aktuelles Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial besteht und/oder die Voraussetzungen der klinischen Intensivpflege nicht vorliegen, sind die Krankenkasse und die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt sofort zu informieren, um rechtzeitig andere Versorgungssettings organisieren zu können.

In der Überleitungssituation sind Gutachten nach Aktenlage (ggf. unabhängig von einer Verordnung) sinnvoll, um eine rechtzeitige sozialmedizinische Steuerung der nachfolgenden notwendigen Versorgung zu ermöglichen. Ebenso kann bei spezifischen Fragestellungen der Krankenkasse ein Gutachten nach Aktenlage zielführend sein.

Bei der Folgebegutachtung befinden sich die Versicherten am Leistungsort. Aufgrund der Komplexität der Erkrankungsbilder sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei ärztlichen Expertinnen und Experten zur individuellen Therapieoptimierung und zur Überprüfung des Weaning- /Dekanülierungspotenzials erforderlich. Ärztlicherseits sind individuelle Therapieziele zu formulieren und entsprechende Maßnahmen zum Erreichen dieser aufzuführen. Die sozialmedizinische Begutachtung umfasst auch die Bewertung der Umsetzung dieser Maßnahmen z. B. mittels Auswertung der Heilmittelbefundberichte und der spezifischen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege des vor Ort tätigen Leistungserbringers nach § 132I SGB V. Vor dem Hintergrund, dass die fehlende Erkennung und Ausschöpfung eines Weaning- /Dekanülierungspotenzials die Lebensqualität beeinträchtigen und die Versorgung zu persönlichen bzw. wirtschaftlichen Fehlanreizen führen kann, ist die differenzierte Begutachtung der bestehenden Potenziale und der Maßnahmen zum Erreichen dieses Ziels besonders wichtig.

Der Gesetzgeber hat auch eine Überprüfung der medizinischen und pflegerischen Sicherstellung am Leistungsort für notwendig erachtet. Die relevanten Aspekte zur Sicherstellung der Versorgung am Leistungsort ergeben sich aus Kapitel 2.3.4. Im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung nach

§ 37c SGB V prüft die Gutachterin bzw. der Gutachter in Stichproben diese Aspekte. Auswahl und Reihenfolge der hier zu prüfenden Aspekte ergeben sich im Rahmen des Hausbesuches situativ. Sofern sich dabei Hinweise auf eine unzureichende Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort ergeben, werden diese im Gutachten in der Beurteilung dargestellt.

Sofern keine abschließende Begutachtung möglich ist, z. B. bei Anforderung weiterer Informationen, erfolgt die Bearbeitung als sozialmedizinische Stellungnahme mit dem Schlüssel „Weitere Ermittlungen“. In der sozialmedizinischen Stellungnahme wird erläutert, warum eine abschließende Begutachtung nicht möglich ist und welche weiteren Informationen/Unterlagen für eine erneute Begutachtung notwendig sind.

4.2 Gutachtengliederung

Das Gutachten hat folgende Gliederung:

- Ausführende Gutachter: Name und Profession der am Gutachten beteiligten Gutachterinnen bzw. Gutachter
- Anlass: Außerklinische Intensivpflege §37c SGB V
- Fragestellung der Krankenkasse
- Verordnender Arzt oder verordnende Ärztin und Potenzialhebende
- Diagnosen
- Begutachtungsrelevante Unterlagen
- Sachverhalt
- Befunderhebung
- Sozialmedizinische Beurteilung unter Mitteilung der wesentlichen Gründe
- Ergebnis
- Erläuterung des Ergebnisses: Weitere Erläuterungen; Aufzählung wichtiger Hinweise, die für die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt von Interesse sind; Hinweis, dass das ausführliche Gutachten im Medizinischen Dienst für Berechtigte einzusehen ist
- Empfehlungen

Um eine einheitliche Begutachtungspraxis zu gewährleisten, werden zu den wesentlichen Gliederungspunkten im Folgenden Erläuterungen gegeben.

4.3 Fragestellung

Die sozialmedizinische Begutachtung in der außerklinischen Intensivpflege ist i.d.R. auf die Beantwortung der folgenden, für die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkassen relevanten Fragen auszurichten:

1. Liegen die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege nach § 37c Absatz 1 SGB V aus sozialmedizinischer Sicht vor? Wenn ja,
 - a) Für wie viele Stunden täglich? (Aufschlüsselung, für wie viele Stunden täglich und wie viele Stunden ggf. Zu- und Angehörige abdecken)
 - b) Für welchen Zeitraum?

- c) Besteht aktuell oder perspektivisch ein Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial?
 - d) Bestehen Möglichkeiten der Therapieoptimierung?
 - e) Ergeben sich Hinweise, dass die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort nicht sichergestellt ist?
2. Welche sonstigen Empfehlungen zur Versorgung können abgegeben werden?
 3. Wann ist eine Fallwiedervorlage mit welchen Unterlagen sinnvoll?

4.4 Diagnosen

Das Kapitel „Diagnosen“ beinhaltet in folgender Reihenfolge:

1. Zugrundeliegende Diagnose(n) ICD
2. Relevante Funktionsstörungen und -beeinträchtigungen:
 - respiratorische/ventilatorische Insuffizienz
 - Dysphagie, Aspirationsgefahr
 - eingeschränkte Sekretelimination/Hustenfunktion
 - Epilepsie, Anfallssemiologie
 - motorische Funktionsbeeinträchtigungen
 - kognitive Funktionsbeeinträchtigungen (inkl. Bewusstseinsstörungen)
3. Maßnahmen:
 - kontinuierlich/intermittierend nicht/invasive maschinelle Langzeitbeatmung
 - Anlage eines Tracheostoma, absaugpflichtig mit Trachealkanülenversorgung (geblockt/ungeblockt)
 - Anlage einer PEG-Sonde
 - Langzeit-Sauerstoff-Therapie
 - spezielles Sekretmanagement

4.5 Begutachtungsrelevante Unterlagen

Das Gutachten beinhaltet eine Auflistung der zur Verfügung stehenden Unterlagen und Informationen. Die für die Begutachtung notwendigen Unterlagen variieren in Abhängigkeit von Zeitpunkt und Anlass der Begutachtung (z. B. Erstgutachten, Folgegutachten, Widerspruchsgutachten). Folgende Unterlagen beinhalten in der Regel relevante Informationen und bilden wesentliche Grundlagen der Begutachtung:

- Verordnungsformular Muster 62 außerklinische Intensivpflege (62A Ergebnis Potenzialerhebung, 62B Verordnung, 62C Behandlungsplan)
- ggf. Überleitungsbogen/vorläufiger Entlassbrief der Klinik
- Klinik-, Rehabilitations- und Facharztberichte (v. a. zu Beatmungskontrollen, Potenzialerhebung, Schluckdiagnostik)
- Dokumentationsunterlagen des Leistungserbringers nach § 132I SGB V in der Regel der letzten vier Wochen, v. a. Beatmungs-, Absaug- und Vitalwerteprotokolle, Lagerungsprotokolle, Anfallskalender sowie Pflegeberichte, Medikationsplan

- Therapeutenberichte (Logopädie, Physio- und Ergotherapie)
- bei Kindern: Berichte der Spezialambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren, ggf. Polysomnographiebefunde
- Pflegegutachten nach SGB XI
- Leistungsübersicht der Krankenkasse (z. B. Krankenhausaufenthalte, Hilfsmittelübersicht, Heilmittel)

Bei lückenhaften Informationen kann ein Telefonat mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt oder eine schriftliche Arztanfrage zielführend sein. Das Telefonat oder die schriftliche Anfrage kann fallbezogen folgende Fragestellungen beinhalten, die immer individuell anzupassen sind:

- Besteht (weiterhin) Beatmungspflicht?
 - aufgrund welcher Diagnose?
 - über wie viele Stunden täglich?
 - invasiv über Trachealkanüle?
 - nicht invasiv über Maske?
 - mit welcher Maskenart?
- Aufgrund welcher Funktionsstörungen kann die Beatmung nicht selbstständig durchgeführt werden?
- Wann erfolgte die letzte beatmungsmedizinische Untersuchung?
- Wann ist die nächste beatmungsmedizinische Untersuchung geplant?
- Besteht nach Ihrer Einschätzung ein Weaningpotenzial?
- Besteht (weiterhin) die Notwendigkeit eines Tracheostoma/einer Trachealkanülenversorgung?
 - aufgrund welcher Diagnose?
 - mit einer geblockten Trachealkanüle?
- Warum ist eine Entblockung nicht möglich?
- Wie oft (tagesdurchschnittlich) sind endotracheale Sekretabsaugungen erforderlich?
- Aufgrund welcher Beeinträchtigungen können das Trachealkanülenmanagement und die endotracheale Sekretabsaugung nicht selbstständig durchgeführt werden?
- Besteht nach Ihrer Einschätzung ein Dekanülierungspotenzial?
- Besteht (weiterhin) eine Schluckstörung?
 - aufgrund welcher Diagnose?
 - mit Aspirationsgefahr?
- Werden Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie durchgeführt?
- Wann wurde zuletzt eine Schluckdiagnostik durchgeführt?
- Wann ist die nächste Schluckdiagnostik geplant?
- Ggf. individuelle Fragen zu speziellem Sekretmanagement (Hustenhilfe etc.)
- Ggf. individuelle Fragen zur Versorgung von Kindern (Sauerstoffgabe, Epilepsie etc.)

4.6 Sachverhalt

Die Darstellung der Vorgeschichte / des Sachverhaltes beinhaltet wesentliche Informationen zu folgenden Schwerpunkten:

1. Zugrunde liegende Krankheiten und bisheriger Verlauf mit Angabe der relevanten aktuellen Funktionsstörungen und -beeinträchtigungen (Arbeitshilfe „ICF“), die eine außerklinische Intensivpflege erforderlich machen:

- respiratorische/ventilatorische Insuffizienz
 - Dysphagie, Aspirationsgefahr
 - eingeschränkte Sekretelimination/Hustenfunktion
 - Epilepsie, Anfallssemiologie, Anfallshäufigkeit, lebensbedrohliche Situationen
 - Vigilanz, Kognition
 - Motorik
 - Adhärenz
2. Aktueller Status der Komorbiditäten, z. B.:
 - Herzinsuffizienz
 - Tumorleiden
 3. Aktuelle behandlungspflegerische Maßnahmen, z. B.:
 - maschinelle Beatmung, Beatmungsform und -dauer
 - Verabreichung von Sauerstoff
 - Sekretabsaugungen und weitere Maßnahmen zur Sekretelimination
 - Versorgung eines bzw. einer Tracheostoma/Trachealkanüle/Sprechventilnutzung
 - Ernährung über PEG-/PEJ-Sonde
 - Medikamentengabe
 4. Individuelles Überwachungskonzept
 5. Hilfsmittelversorgung
 6. Befunde/Ergebnisse von
 - Potenzialerhebung
 - Krankenhaus- und Facharztberichte
 - Heilmittel
 - Pflegedokumentation (z. B. Pflegebericht, Vitalparameter)
 7. Aktuelle/geplante Versorgungsform (s. 2.3.3 Leistungsorte), z. B.:
 - 1:1 Versorgung im eigenen Haushalt
 - Wohneinheit
 - stationäre Pflegeeinrichtung
 - Einrichtung der Eingliederungshilfe
 8. Hinweise auf Defizite (s. 2.3.4 Anforderungen an den Leistungsort), z. B.:
 - pflegerische Versorgung
 - ärztliche Versorgung
 - strukturelle, bauliche Gegebenheiten

4.7 Befunderhebung

Neben der Befunderhebung sind hier das Hausbesuchsdatum und die anwesenden Personen zu dokumentieren.

4.8 Sozialmedizinische Beurteilung

In der sozialmedizinischen Beurteilung müssen die einzelnen Fragen detailliert beantwortet werden. Aufgabe der Gutachterin bzw. des Gutachters ist die Darstellung und Beurteilung der individuellen Konstellation der oder des Versicherten.

Zu Frage 1 (Liegen die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege nach § 37c Absatz 1 SGB V aus sozialmedizinischer Sicht vor?)

In kausaler Reihenfolge sind zusammenfassend darzustellen:

- die wesentlichen zugrundeliegenden Diagnosen,
- die aktuellen, potenziell lebensbedrohlichen Funktionsstörungen,
- die Notwendigkeit/Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen (Beatmung, Tracheostoma-/Trachealkanülenversorgung, Maßnahmen zur Sekretelimination etc.),
- die Häufigkeit potenziell lebensbedrohlicher Situationen und pflegerischer Interventionen

und daraus resultierend, inwieweit die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege „erfüllt“, „nicht erfüllt“, „eingeschränkt oder teilweise erfüllt“ sind.

Zu Frage 1a (Für wie viele Stunden täglich?) und 1b (Für welchen Zeitraum?): Angaben zum individuellen zeitlichen Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (Stunden pro Tag und Zeitraum).

Zu Frage 1c (Besteht aktuell oder perspektivisch ein Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial?): Beurteilung des Weaning-/Dekanülierungspotenzials, auch wenn nach AKI-RL keine regelmäßige Potenzialerhebung mehr erforderlich ist.

Folgende Sachverhalte sind zum Thema Weaning-/Dekanülierungspotenzial zu prüfen und zu beurteilen:

- die Nachvollziehbarkeit der durchgeführten Potenzialerhebung unter Berücksichtigung von Krankheitsbild und -verlauf,
- ggf. Hinweise auf ein bislang nicht erkanntes Potenzial,
- ggf. laufende Maßnahmen zur Förderung, Erkennung und Hebung des Potenzials,
- ggf. Hinweise auf notwendige, bislang nicht durchgeführte Maßnahmen zur Förderung, Erkennung und Hebung eines Potenzials.

Die sozialmedizinische Beurteilung der bestehenden Potenziale und der damit zusammenhängenden Maßnahmen basiert auf Kenntnissen folgender medizinischer Aspekte:

- zugrundeliegende Diagnosen
- Krankheitsverlauf, ggf. Rückbildung von Funktionseinschränkungen, aktueller klinischer Status
- Therapieziele
- respiratorische/ventilatorische Funktion
- Sekretion und Hustenfunktion
- Schluckfunktion
- Ernährung
- Mobilität
- Komorbiditäten
- Kognition (inkl. Bewusstsein)
- Therapieadhärenz und Lebensqualität

Aus gutachterlicher Sicht kommen folgende Antworten in Betracht:

➔ Aufgrund des Krankheitsverlaufs besteht (derzeit) kein Weaning-/Dekanülierungspotenzial.

→ Es ergeben sich Hinweise auf eine Besserung der klinischen Symptomatik und auf ein Weaning- /Dekanülierungspotenzial. Zu dessen Evaluation sollte zeitnah eine Vorstellung in einer auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung veranlasst werden.

Zu Frage 1d (Bestehen Möglichkeiten der Therapieoptimierung?): Hier sind Hinweise auf eine Therapieoptimierung darzustellen.

Zu Frage 1e (Ergeben sich Hinweise, dass die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungs-ort nicht sichergestellt ist?): Hinsichtlich der Sicherstellung ergeben sich im Rahmen der Begutachtung folgende Antwortmöglichkeiten:

- Bei orientierender Prüfung ergeben sich keine Hinweise auf eine unzureichende Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort.
- Bei orientierender Prüfung ergeben sich folgende Hinweise auf eine unzureichende Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort: ...
- Ggf. Anregung einer anlassbezogenen Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI bzw. § 275b SGB V.
- Ggf. Anregung einer Meldung bei der Stelle für Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V oder § 47a SGB XI.

Sofern die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege nicht vorliegen, sind die konkreten Gründe so zu beschreiben, dass sie verständlich nachvollziehbar sind. Gleichzeitig sollte beschrieben werden, welche anderen Leistungen der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung (z. B. punktuelle Leistungen im Rahmen der HKP, Hilfsmittel, Rehabilitation, Kurzzeitpflege, SAPV, SAPPV, bei Kindern ggf. sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Absatz 2 SGB V) in Betracht kommen. Zusätzlich können Hinweise zur Hinzuziehung anderer Kostenträger gegeben werden.

4.9 Ergebnis

Bezogen auf die Kernfrage, ob die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege vorliegen, kommt als Ergebnis der Begutachtung in Betracht:

- „erfüllt“
- „nicht erfüllt“
- „eingeschränkt oder teilweise erfüllt“, z. B. wenn mehrere Teilfragen unterschiedlich beantwortet werden
- „weitere Ermittlungen“ (nur bei sozialmedizinischer Stellungnahme)

Bei speziellen Fragestellungen, z. B. zum persönlichen Budget oder im Zusammenhang mit der Teilhabe, kann das Ergebnis „andere Antwort“ lauten.

5 Vorgehen bei Widersprüchen

Bei einem Widerspruch prüft die Erstgutachterin oder der Erstgutachter, ob sie oder er aufgrund neuer Gesichtspunkte zu einem anderen Ergebnis kommt. Ist dies nicht der Fall, muss ein Widerspruchsgutachten durch eine Zweitgutachterin oder einen Zweitgutachter erfolgen.

Die Entscheidungsgrundlage der vorausgegangenen Stellungnahme ist im Gutachten darzustellen. Auf die im Widerspruch aufgeführten Argumente ist im Gutachten einzugehen, Für und Wider sind ausführlich zu begründen. Zur Erläuterung des Ergebnisses ist im Gutachten der Hinweis aufzunehmen, dass das ausführliche Gutachten im Medizinischen Dienst für Berechtigte einzusehen ist.

Eine regelhafte neuerliche Begutachtung am Leistungsort ist nicht zwingend erforderlich, die Entscheidung obliegt der ärztlichen Gutachterin oder dem ärztlichen Gutachter.

6 Ergebnismitteilung

Die Ergebnismitteilung erfolgt zeitnah unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften in Schriftform an die beauftragende Krankenkasse. Im Übrigen gelten die Mitteilungspflichten nach § 277 SGB V.

7 Hinweise zur Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter

Bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege werden besondere Anforderungen an die Qualifikation der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie an die in der Behandlungspflegerischen Versorgung eingesetzten Pflegefachkräfte gestellt. Rahmenbedingungen hierzu ergeben sich aus medizinischen Leitlinien (insbesondere Windisch et al., 2017), der Richtlinie des G-BA zur Verordnung der außerklinischen Intensivpflege sowie den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und der Rahmenempfehlung nach § 132l Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege.

Bei der Begutachtung von Verordnungen für Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V durch den Medizinischen Dienst stehen zwei Fragestellungen im Vordergrund:

- Sind die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung der außerklinischen Intensivpflege erfüllt?
- Ist die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung sichergestellt oder kann diese durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden?

Das Nähere zu der Frage, ob die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung der außerklinischen Intensivpflege erfüllt sind, ergibt sich u. a. aus § 4 der Richtlinie des G-BA zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. Bei der Frage, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungs-ort sichergestellt ist, geht es sowohl um die medizinische Versorgung als auch um pflegefachliche Aspekte. Bewertungsmaßstab zu dieser Frage ist der aktuelle Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse.

Diese skizzierten Rahmenbedingungen sollten bei der Entscheidung des Medizinischen Dienstes darüber, welche Gutachterinnen und Gutachter für die Begutachtung von Verordnungen für Leistungen der außerklinischen Intensivpflege eingesetzt werden, Beachtung finden.

Als ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten Fachärztinnen und Fachärzte eingesetzt werden, die über Kompetenzen im Umgang mit diesen Versicherten und über sozialmedizinische Expertise verfügen. Dies können Fachärztinnen oder Fachärzte sein für

- Innere Medizin und Pneumologie,
- Anästhesiologie,
- Neurologie,
- mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
- für Kinder- und Jugendmedizin oder
- andere Fachärztinnen und Fachärzte mit Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten.

Ggf. kann es sinnvoll sein, Fachärztinnen und Fachärzte mit anderen Qualifikationen beratend bei der Gutachtenerstellung hinzuzuziehen.

Insbesondere wenn Fragen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung am Leistungsort im Vordergrund stehen, kann es sinnvoll sein, Pflegefachkräfte mit Kompetenzen in der Versorgung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in die Begutachtung mit einzubeziehen. Dies können

- Atmungstherapeutinnen und -therapeuten,
- Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger für Anästhesie- und Intensivpflege,
- Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr,
- Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie sowie
- Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens ein Jahr oder
- Pflegefachkräfte mit einem erfolgreichen Abschluss einer anerkannten und berufsbegleitenden Zusatzqualifikation über mindestens 120 Zeitstunden in der außerklinischen Intensivpflege

sein.

Die sozialmedizinische Beurteilung wird immer von einem ärztlichen Gutachter oder einer ärztlichen Gutachterin erstellt, auch wenn zusätzlich eine Pflegefachkraft eingesetzt wird.

8 Inkrafttreten

Diese Begutachtungsanleitung wird nach ihrer Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht ([md-bund.de](https://www.md-bund.de)) und tritt einen Tag danach in Kraft.

9 Literatur

- Boles, J.-M., & Biles, C. (2005). Weaning from mechanical ventilation: International Consensus Conference in Intensive Care Medicine. *Breathe*, *1*(4), 281-282.
doi:10.1183/18106838.0104.281
- Boles, J.-M., Bion, J., Connors, A., Herridge, M., Marsh, B., Melot, C., . . . Welte, T. (2007). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, *29*(5), 1033-1056.
doi:10.1183/09031936.00010206
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2003). *Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F*.
- Danne, T., Holder, M., & Kapellen, T. (2022). Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Ed.), *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022 - Die Bestandsaufnahme* (pp. 145-157). Verlag Kirchheim + Co GmbH.
- Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zusammen mit Bund der Pneumologen, Deutsche Gesellschaft für Neurologische Intensivmedizin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin, & Kliniken, V. P. (2017). Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie (sogenannte ambulante Intensivpflege). [Tracheostomy Home Care of Patients after Long Term Ventilation on the ICU – a Position Paper]. *Pneumologie*, *71*(04), 204-206.
- Dziewas, R., Pflug, C., Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten, Deutscher Bundesverband für Logopädie, Deutsche Gesellschaft für Endoskopie-Assistenzpersonal, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, . . . Chirurgie. (2020). Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie. *Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*, *19*. Retrieved from <https://www.dgn.org/leitlinien>
- Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG), (2020).
- Höhn, T. (2019). Neonatologie. In E. Mayatepek (Ed.), *Pädiatrie: Grundlagen, Klinik und Praxis* (pp. 102-103): Elsevier Health Sciences.
- Prinz, N., Lange, K., & Holl, R. W. (2022). Kinder und Jugendliche mit Diabetes – aktuelle Versorgungssituation und Veränderungen der letzten 26 Jahre. In Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Ed.), *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022 - Die Bestandsaufnahme* (pp. 219-231): Verlag Kirchheim + Co GmbH.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL), (2021).

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), (2009).

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), (2021).

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL), (2021).

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) nach § 17 Abs. 1b SGB XI, (2016).

Robert-Koch-Institut. (2019). Prävalenz Typ-1-Diabetes. Retrieved from https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/kinderjugendliche/2-11_Praevalenz_Typ_1_Diabetes.html?nn=11915670

Schönhofer, B., Geiseler, J., Dellweg, D., Fuchs, H., Moerer, O., Weber-Carstens, S., . . . Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (2019). Prolongiertes Weaning. [Prolonged Weaning]. *Pneumologie*, 73(12), 723-814.

Siefarth, T., Kübler, S., & Keller, C. (2017). Rahmenbedingungen. In C. Keller (Ed.), *Fachpflege Außerklinische Intensivpflege* (pp. 1-24): Urban & Fischer in Elsevier.

Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege, (2021).

Windisch, W., Dreher, M., Geiseler, J., Siemon, K., Brambring, J., Dellweg, D., . . . Mellies, U. (2017). S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz–Revision 2017. *Pneumologie*, 71(11), 722-795.

10 Anlagen und Verweise

Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante Pflege (QPR Ambulante Pflege) mit Teil 1a Ambulante Pflegedienste:

<https://md-bund.de/richtlinien-publikationen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen-rechtliche-grundlagen-ambulante-pflegedienste.html>

Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP):

<https://md-bund.de/richtlinien-publikationen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen-rechtliche-grundlagen-haeusliche-krankenpflege.html>

Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV):

<https://www.gesetze-im-internet.de/mpbetreibv/>