

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
1	Einleitung	<p>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.</p>			
		<p>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 Abs. 2 SGB V, wenn Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V tatsächlich erbracht werden.</p>			
		<p>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.</p>			
		<p>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.</p>			
		<p>Außerklinische Intensivpflege kann z. B. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in sogenannten Intensivpflege-Wohneinheiten oder im eigenen Haushalt erbracht werden. Bei der Leistungsentscheidung der Krankenkasse ist den berechtigten Wünschen der Versicherten hinsichtlich des Ortes der Leistung Rechnung zu tragen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Da Versorgungslücken im intensivpflegerischen 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).</p>	<p>Der DPR findet die Formulierungen: „... in sogenannten Intensivpflege-Wohneinheiten oder Intensiv-Wohngemeinschaften oder im eigenen Haushalt erbracht werden.“ nicht neutral, vorurteilsfrei und somit nicht zielführend.</p>	neutralere Formulierung	<p>Außerklinische Intensivpflege kann z. B. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Intensivpflege-Wohneinheiten oder im eigenen Haushalt erbracht werden. Bei der Leistungsentscheidung der Krankenkasse ist den berechtigten Wünschen der Versicherten hinsichtlich des Ortes der Leistung Rechnung zu tragen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Da Versorgungslücken im intensivpflegerischen 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).</p>
		<p>Die Feststellung darüber, ob die Voraussetzungen für eine intensivpflegerische Versorgung nach § 37c Abs. 1 SGB V (Anspruchsvoraussetzung) vorliegen und die Versorgung am Leistungsort nach § 37c Abs. 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.</p>			
		<p>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 Abs. 1 SGB V und die Voraussetzungen für die Sicherstellung der intensivpflegerischen Versorgung am gewünschten Leistungsort nach § 37c Abs. 2 SGB V bundesweit nach einheitlichen Kriterien und Maßstäben auszurichten und somit eine hohe Qualität der Begutachtung zu gewährleisten.</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>Die vorliegende Begutachtungsanleitung wurde von Expertinnen und Experten des Medizinischen Dienstes erarbeitet. Nach § 283 Abs. 2 SGB V hat der Medizinische Dienst Bund folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben, soweit sie von der Begutachtungsanleitung betroffen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Der Medizinische Dienst Bund hat nach Abstimmung mit den Medizinischen Diensten die Begutachtungsanleitung erlassen. Die Begutachtungsanleitung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit am XX.XX.20XX genehmigt. Die Begutachtungsanleitung ist gemäß § 283 Abs. 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.</p>			
2	Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung / Begutachtung		Der DPR weist daraufhin, dass die Sozialmedizin als Teilgebiet der Medizin verstanden wird. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass die Sicherstellung und Beurteilung der pflegerischen Versorgung nach § 4 PflBG Vorbehaltspflicht der Pflegeprofession ist.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltspflichten der Pflege	Rechtliche, pflegerische und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung / -Begutachtung
2.1	Rechtliche Grundlagen	<p>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 Abs. 1 SGB V sowie der Voraussetzungen für die Sicherstellung der intensivpflegerischen Versorgung am gewünschten Leistungsort nach § 37c Abs. 2 SGB V bilden.</p> <p>§ 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 Abs. 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. Fortsetzung in Zelle C17</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>Fortsetzung aus Zelle C16 Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 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 weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht 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</p> <p>1. In den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2, 2. In 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. In 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. In die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.</p>			
		<p>(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege</p> <p>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 Abs. 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Abs. 4 Nummer 3 des Elften Buches, 3. In einer Wohneinheit im Sinne des § 132l Abs. 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.</p>			
		<p>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 Abs. 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 Abs. 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 berechnete 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.</p>	<p>Der DPR weist daraufhin, dass die Versicherten auch Kinder sein können, deshalb sind auch immer die erziehungsberechtigten Eltern miteinzubeziehen.</p>	<p>Erweiterung der Formulierungen</p>	<p>Berechtigten Wünschen der Versicherten bzw. versicherten Kindern und deren Erziehungsberechtigten 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 Abs. 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 Abs. 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 berechnete 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.</p>
		<p>(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 Abs. 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.</p>			

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>(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 Abs. 2 Satz 2, § 11 Abs. 1 Nummer 5 des Fünften Buches in Verbindung mit § 29 des Neunten Buches bleibt davon unberührt.</p>			
		<p>(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 Abs. 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.</p>			
		<p>§ 37 Abs. 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 Abs. 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]</p>			
		<p>[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 Abs. 3 gilt entsprechend.</p>			
		<p>[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.</p>			
		<p>§ 132l SGB V Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsmächtigung (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 Abs. 5 Nummer 3 maßgeblichen 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 Abs. 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 Abs. 5 zugrunde zu legen.</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>(2) In den Rahmenempfehlungen sind im Hinblick auf den jeweiligen Leistungsort nach § 37c Abs. 2 Satz 1 insbesondere zu regeln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personelle Anforderungen an die pflegerische Versorgung einschließlich der Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs, 2. Strukturelle Anforderungen an Wohneinheiten nach Abs. 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. 			
		<p>(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 Abs. 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Abs. 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 Abs. 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Satz 1 abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Abs. 1.</p>			
		<p>(8) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen erstellen gemeinsam und einheitlich eine Liste der Leistungserbringer, mit denen Verträge nach Abs. 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.</p>			
		<p>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 Abs. 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). 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).</p>			
		<p>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 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 und Abs. 7 SGB V versorgt (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 20. Oktober 2022). 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 des Leistungsverzeichnisses, 1. Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte, im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erfolgen ab dem 1. Januar 2023 nach den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V. 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 Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 SGB V für Zeiträume außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) umfasst Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nicht bei dauernder Pflegebedürftigkeit. Der Anspruch eines Pflegebedürftigen auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 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 abgelehnt 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.			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>•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.</p>			
		<p>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. Fortsetzung in Zelle C37</p>			
		<p>Fortsetzung aus Zelle C36 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.</p>			
		<p>•BSG, 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R [3]: Zur Kostenverteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse bei einer rund um die Uhr erforderlichen häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V, wenn die Pflegekraft zugleich die Grundpflege im Sinne von § 36 SGB XI durchführt und sämtliche Leistungen nach einem einheitlichen Stundensatz abgerechnet werden.</p>			
		<p>[3] Dieses Urteil ist bei der Erstellung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI vom 16.12.2016 berücksichtigt worden.</p>			
		<p>Erläuterung: Die bisherige Praxis, eine anteilige 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.</p>			
		<p>•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.</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
2.2	Inhalte und Umfang der außerklinischen Intensivpflege	Gemäß § 2 Abs. 2 und 3 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 nach der Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 und Abs. 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 pflegerische Maßnahme nicht erbracht werden, kann ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestehen.			
		Gemäß § 3 Abs. 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.	Der DPR weist daraufhin, dass in die Anleitung von An- und Zugehörigen mit dem Ziel der Befähigung und eigenständigen Bewältigung von Alltagssituationen durch die Vermittlung von Handlungskompetenzen oder technisch-instrumentellen Fähigkeiten nicht nur die verordnenden Vertragsärzt: innen involviert sind, sondern auch die umsetzenden Pflegefachpersonen. Pflegefachpersonen haben wichtige Kenntnisse über die individuelle Versorgungssituation und den vorhandenen Ressourcen der An- und Zugehörigen.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Gemäß § 3 Abs. 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 mit den versorgenden Pflegefachperson durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt die Mitwirkung sowie 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 § 132l 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.			

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
2.3	Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass		Der DPR weist daraufhin, dass die Sozialmedizin als Teilgebiet der Medizin verstanden wird. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass die Unterstützung oder Übernahme der eingeschränkten Aktivitäten des täglichen Lebens und die Begleitung der Versicherten und An- und Zugehörigen während einer Lebenskrise die Aufgabe der Pflegeprofession als eigenständige Disziplin ist (vgl. Richtlinientext unter 2.3.1)	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Wichtige sozialmedizinische und pflegerische Aspekte zum Begutachtungsanlass
2.3.1	Historie	<p>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.</p> <p>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 die die Pflege und Überwachung nicht nur von beatmeten, sondern auch von Personen mit anderen krankheitsbedingt lebensbedrohlichen Störungen der Vitalfunktionen realisiert wurde.</p> <p>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.</p> <p>In der außerklinischen Intensivpflege stehen die permanente Überwachung der Vitalparameter und damit verbunden die nicht planbaren behandlungspflegerischen Interventionen 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).</p> <p>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.</p> <p>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“.</p> <p>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 Abs. 2 Satz 3 SGB V.</p> <p>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 Pflege-fachkraft erfordert“ (§ 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V).</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		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.	Zur Stärkung der Selbstbestimmung muss das Therapieziel regelmäßig evaluiert und neu bewertet werden. Die Befürchtung: ähnlich wie die Einstellung der Ernährung bei Patienten mit liegender PEG aufgrund der falschen Annahme einer "aktiven Sterbehilfe" häufig nicht umgesetzt wird, kann dies zukünftig auch für tracheotomierte, dauerbeatmete Patienten gelten, deren Lebensende erreicht oder vom Versicherten selbst gewünscht wird. Hier muss davon ausgegangen werden, dass eine Einstellung der Beatmungstherapie unter dem Gesichtspunkt "nicht zu ersticken" trotz fehlender/ nicht mehr vorhandener Einwilligung dauerhaft weiterhin erfolgt.	Stärkung der Selbstbestimmung	
2.3.2	Definition und Anspruchsvoraussetzungen	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 Abs. 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 eingeeengt wird.</p> <p>Zur Präzisierung der Anspruchsvoraussetzungen für eine außerklinische Intensivpflege sind in der sozialmedizinischen Begutachtung folgende Kriterien zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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 zu nicht vorhersehbarem Zeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich durchzuführen; 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. <p>Im Einzelfall ist die außerklinische Intensivpflege abzugrenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Gemäß § 37c Abs. 2 Satz 1 SGB V erhalten Versicherte Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an folgenden Orten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In einer Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte, die Leistungen nach § 37c SGB V in Anspruch nehmen <p>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 § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Der Leistungserbringer nach § 132l SGB V muss einen Versorgungsvertrag nach § 132l Abs. 5 SGB V geschlossen haben. Das als Merkmal der ambulanten betreiberinitiierten Wohngemeinschaft deklarierte Selbstbestimmungsrecht der Versicherten ist zu berücksichtigen. Die Anforderungen an Wohngruppen werden in den jeweiligen Bundesländern definiert. Die Miete und Verpflegungskosten sind durch die Versicherten selbst zu tragen. Die pflegerische Versorgung erfolgt durch ambulante Leistungserbringer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In vollstationären Einrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen <p>Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen (§ 71 Abs. 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 § 132l Abs. 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 71 Abs. 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 SGB XI in Verbindung mit § 71 Abs. 4 Nummer 3 SGB XI (Einrichtungen oder Räumlichkeiten, die keine Pflegeeinrichtungen im Sinne § 71 Abs. 2 SGB XI sind) 			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>In Einrichtungen oder Räumlichkeiten, die gemäß § 71 Abs. 4 SGB XI keine Pflegeeinrichtungen sind, dürfen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden, wenn der Leistungserbringer Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 103 Abs. 1 SGB IX in Räumlichkeiten im Sinne § 43a Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 71 Abs. 4 Nummer 1 oder § 43a Satz 3 SGB XI in Verbindung mit § 71 Abs. 4 Nummer 3 erbringt. In den stationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten gemäß § 71 Abs. 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 Erziehung 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 Abs. 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 § 132l SGB V zugelassenen Leistungserbringer in einer 1:1 Versorgung. Wenn die Einrichtungen selbst Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen möchten, müssen alle Anforderungen gemäß der Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V insbesondere mit Blick auf die Personalqualifikation vorliegen, um einen Vertrag nach § 132l Abs. 5 SGB V schließen zu können.</p>			
		<p>•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</p>			
		<p>Die Versicherten können im eigenen Haushalt Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten. Im eigenen Haushalt (auch im betreuten Wohnen) erfolgt die Leistungserbringung durch einen nach § 132l Abs. 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.</p>			
		<p>Zu den sonstigen geeigneten Orten zählen die Schule, Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen. Die Leistungserbringung erfolgt in diesen Versorgungsformen durch einen nach § 132l Abs. 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.</p>			
2.3.4	Anforderungen an die Leistungserbringung und den Leistungsort	<p>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. 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.</p>	<p>Der DPR weist daraufhin, dass die Versicherten auch Kinder sein können, deshalb sind auch immer die erziehungsberechtigten Eltern miteinzubeziehen.</p>	<p>Erweiterung der Formulierungen</p>	<p>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 bzw. der versicherten Kinder und deren Erziehungsberechtigten ist zu entsprechen. 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.</p>
		<p>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 § 132l Abs. 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 Abs. 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).</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>Die persönliche Inaugenscheinnahme, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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-/Dekanalierungspotenzials • Frage nach Heilmittel-Versorgung • Frage nach interdisziplinärer Kommunikation und Kooperation 	<p>Der DPR merkt an, dass der Versicherte pflegfachlich nicht in der Lage ist, den fachlich korrekten Umgang der genannten Punkte Auskunft zu beurteilen, insbesondere nicht die Personalqualifikation. Folgende Punkte kann der Betroffene nur sehr subjektiv und somit nicht fachbezogen beantworten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Diese Fragen werden bei der Qualitätsprüfung der Leistungserbringer (QPR) geprüft. Insgesamt ist hinzuzufügen, dass die oben genannten Punkte der pflegerischen Kompetenz natürlich auch nur durch eine Pflegefachperson beurteilt werden kann. Andere Professionen haben nicht die hierfür erforderliche Expertise. Um psychischen Belastungen der Betroffenen vorzubeugen, wird angeregt, diese Befragung mit der jährlichen Qualitätsprüfung des Leistungserbringers zu synchronisieren und die Expertise der anwesenden Pflegefachpersonen im Rahmen des Hausbesuches einzubeziehen.</p>	Kriterien der Anspruchsberechtigung	<p>Die persönliche Inaugenscheinnahme, die Beobachtung und das Gespräch der Gutachterin bzw. des Gutachters mit dem oder der Versicherten und der anwesenden Pflegefachperson 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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-/Dekanalierungspotenzials • Frage nach Heilmittel-Versorgung • Frage nach interdisziplinärer Kommunikation und Kooperation
		<ul style="list-style-type: none"> • Befragung der versorgten Person, der (gesetzlich) betreuenden Person, der Angehörigen • Besonderheiten der baulichen Situation • 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 besteht häufig ein Konflikt zwischen Selbstbestimmung und Patientensicherheit, 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 dahingehend, ob sich im Rahmen der Begutachtung vor Ort Hinweise auf eine nicht sichergestellte medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistungserbringung ergeben. 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.	Der DPR merkt an, dass neben der jährlichen Prüfung der Anspruchsberechtigung der versicherten Person auch mit einer jährlichen Qualitätsprüfung die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch den Leistungserbringer überprüft. Diese regelmäßigen Begutachtungen könnten den Versicherten mit täglichen lebensbedrohlichen Situationen zusätzlich belasten. Hier ist insbesondere auf die psychischen Belastungen der Versicherten und die hohe Anforderung an die Interaktionskompetenzen der beruflich Pflegenden oder Laienpflegenden während der Begutachtung hinzuweisen.	Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Verfassung der begutachteten Versicherten	Im Rahmen der sozialmedizinischen-pflegerischen Begutachtung nach § 37c SGB V prüft der Gutachter bzw. die Gutachterin in Stichproben die o.g. Aspekte unter Berücksichtigung der aktuellen Verfassung, individuellen Belastungen und Pflegesituation der versicherten Person. Grundsätzlich geht es bei den einzelnen Aspekten um ein orientierendes Screening dahingehend, ob sich im Rahmen der Begutachtung vor Ort Hinweise auf eine nicht sichergestellte medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistungserbringung ergeben. 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: <ul style="list-style-type: none"> • Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (Merkposten: Verabschiedung steht noch aus.) • Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante Pflege (§§ 114 ff. SGB XI) und für die häusliche Krankenpflege (§ 275b SGB V) • Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) 			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
2.3.5	Krankheitsbilder	<p>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 selbstständig durchzuführen. Folgende komplexe und fortgeschrittene Krankheitsbilder sind typisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentrale Hypoventilationssyndrome, z. B. Ondine-Syndrom • Zerebrale Ischämien/Infarkte/Hypoxien • Schwere 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) <p>Vorrangig bei Kindern und Jugendlichen sind für die Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege weitere, insbesondere folgende Krankheitsbilder relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieresistente Anfallsleiden • Erkrankungen mit Notwendigkeit einer Sauerstoffsufflationstherapie, z. B. bei einer bronchopulmonalen Dysplasie mit schnell eintretender Hypoxämie <p>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.</p>			
2.3.6	Hilfsmittel und Medizinprodukte	<p>Für Versicherte mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege stehen unterschiedlichste Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte, Trachealkanülen, Monitore und entsprechendes Zubehör zur Verfügung.</p> <p>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 Abs. 3 Satz 1 SGB V geregelt.</p> <p>Darüber hinaus kann hinsichtlich der sozialmedizinischen und medizinischen Grundlagen der Hilfsmittelversorgung verwiesen werden auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begutachtungseinfaden Einzelfall-Beratung und -Begutachtung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 275 Abs. 3 Satz 1 SGB V (Merkposten: In Überarbeitung und Veröffentlichung geplant.) • Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) <p>Des Weiteren sind die Ausführungen in den entsprechenden Produktgruppen (PG) des Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes zu beachten – insbesondere in den Produktgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PG 01: „Absauggeräte“ • PG 03: „Applikationshilfen“ • PG 12: „Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie“ • PG 14: „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“ • PG 21: „Messgeräte für Körperzustände /-funktionen“ • PG 30: „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“ 			
2.3.7	Stellenwert der Heilmitteltherapie in der außerklinischen Intensivpflege	<p>Durch eine konsequente, intensive stationäre und ambulante multimodale Heilmitteltherapie können bei Versicherten der außerklinischen Intensivpflege häufig die zu Grunde liegenden Funktionsstörungen (z. B. Schluckstörung und Muskelschwäche) gebessert und beseitigt werden. In vielen Fällen kann eine Dekanülierung bei spontan atmenden trachealkanülierten Versicherten als auch eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmungstherapie bei beatmeten Versicherten erreicht werden.</p> <p>Eine häufige Begründung für die Versorgung mit einer Trachealkanüle ist eine hochgradige 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).</p> <p>Negative Auswirkungen einer liegenden Trachealkanüle können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Schluckstörung wird durch eine Trachealkanüle eher gefördert, • Persistierende Schluckstörung, • Begünstigung der Speichelpenetration trotz geblockter Trachealkanüle in die Trachea und Bronchien, • Vermehrte Atemwegsinfektionen, • Herabgesetzte Hustenkapazität bei geblockter Trachealkanüle und Atmung über die künstliche Nase als Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher. 			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		Die Lebensqualität betroffener Versicherter verbessert sich, 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 nur durch ausgewiesene Experten durchzuführen.	DPR weist daraufhin, dass bei der Formulierung „... nur durch ausgewiesene Experten durchzuführen.“ unklar bleibt, wen diese Bezeichnung umfassen soll, bzw. welche fachlichen Qualifikationen den Anforderungen genügen, bzw. ob hier die gleichen Qualifikationen der Gutachter: innen wie in Kapitel 7 gemeint sind.	unklare Formulierungen	
		Heilmitteltherapien sind notwendige adjuvante Maßnahmen und fester Bestandteil in der außerklinischen Intensivversorgung und insbesondere bei der Vorbereitung bzw. Anbahnung eines Weaning-/Dekanülierungsprozesses erforderlich.			
		Passive und/oder aktive Bewegungsübungen mit dem Ziel Bewegungsfunktionen und damit die funktionelle Unabhängigkeit der Versicherten zu fördern und zu erhalten sind erforderlich. Bewegungen im Bett alleine sind nicht ausreichend. Der schnellen Ermüdbarkeit und Atrophie der muskulären Atempumpe, der Skelettmuskulatur und der Entwicklung psycho-kognitiver Defizite soll damit entgegengewirkt werden.			
		Im prolongierten Weaning haben intensive Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und die Atmungstherapie im Sinne eines ganzheitlichen Rehabilitationsprozesses einen hohen Stellenwert. Die Mobilisation zur Rekonditionierung und das Sekretmanagement mit Sekretelimination sind im komplexen Weaningprozess essenziell und müssen täglich durchgeführt 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.			
		Insbesondere bei neurologisch schwer erkrankten Versicherten kann eine längerfristige intensive Logopädie und Physiotherapie unter Anwendung eines suffizienten Sekretmanagements mittels mechanischer 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 der Funktionsbeeinträchtigungen zu erreichen, sind ergänzend zur Heilmitteltherapie 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 den individuellen Bedarf zu fördern und zu verbessern.			
2.4	Kriterien und Maßstäbe	Abbildung 1: Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen			
2.4.1	Arbeits- und Bewertungsschritte	<p>Schritt 1: lebensbedrohliche Situationen täglich oder mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich mit nicht planbarem Interventionsbedarf aus vitaler Indikation</p> <p>Bei diesen Versicherten kommt es täglich aufgrund der bekannten Diagnose(n) mit Störungen vitaler Funktionen zu lebensbedrohlichen Situationen, 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.</p> <p>-> Falls ja -> Schritt 2</p> <p>-> Falls nein: Ergebnis im Gutachten „nicht erfüllt“</p>	<p>Die strikte Einschränkung auf den täglichen oder mit hoher Wahrscheinlichkeit täglichen nicht planbaren Interventionsbedarf aus vitaler Bedrohung ist nach Auffassung des DPR nicht zielführend. Bei Versicherten mit einem Bedarf an ausserklinischer Intensivpflege kann jederzeit ein lebensbedrohlicher Zustand eintreten, der unabhängig der Häufigkeit (Täglich, 2-täglich, wöchentlich) lebensbedrohlich sein kann. Im übrigen weist der DPR auch daraufhin, dass im Verlauf die permanente Anwesenheit einer Pflegefachperson genau diese Situationen ja verhindern soll. Bei der Begutachtung kann dann unter Umständen keine lebensbedrohliche Situation mehr festgestellt werden.</p>	Kriterien der Anspruchsberechtigung	<p>Schritt 1: lebensbedrohliche Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einem jederzeit nicht planbarem Interventionsbedarf aus vitaler Indikation</p> <p>Bei diesen Versicherten kommt es jederzeit aufgrund der bekannten Diagnose(n) mit Störungen vitaler Funktionen zu lebensbedrohlichen Situationen, die eine sofortige behandlungspflegerische Intervention aus vitaler Indikation erforderlich machen. Wenn die lebensbedrohlichen Situationen mit nicht planbarem Interventionsbedarf aus vitaler Indikation nicht jederzeit auftreten, muss die Gutachterin bzw. der Gutachter unter Berücksichtigung der Besonderheit des Einzelfalls (z. B. therapierefraktäres Anfallsleiden) prüfen, ob diese Voraussetzung trotzdem gegeben ist.</p> <p>-> Falls ja -> Schritt 2</p> <p>-> Falls nein: Ergebnis im Gutachten „nicht erfüllt“</p>
		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 Abs. 2 SGB V; geeignete Versorgungsstruktur in Kindergarten/Schule/heilpädagogischer Einrichtung; ggf. Therapieoptimierung durch ambulante oder stationäre medizinische Maßnahmen			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		In anderen Fällen (beispielsweise therapierefraktäre Anfallsleiden) können zwar lebensbedrohliche Situationen eintreten, diese treten aber nicht täglich oder mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich 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 (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 Rehabilitationsmaßnahme (z. B. in einer HNO-Rehabilitationsklinik), 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. Hospiz-Versorgung	Der DPR weist daraufhin, dass bei Kindern die SAPPV anzuwenden ist.	Erweiterung der Formulierungen	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, SAPV oder bei Kindern 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 und 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 und Rehabilitation. Aktuell liegen Hinweise auf ein Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial vor.			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		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	<p>Weaning und Dekanülierung sind zentrale Themen in der Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V.</p> <p>Umfangreiche Informationen zum Tracheostoma und der Dekanülierung können der S2k-Leitlinie Prolongiertes Weaning entnommen werden (Schönhofer et al., 2019).</p> <p>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.</p> <p>Ziele des Weaning sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziel: komplette Entwöhnung vom Beatmungsgerät • Ziel: Reduzierung der täglichen Beatmungsdauer • Ziel: Umstellung von einer invasiven auf eine nicht invasive Beatmung <p>Weaning wird in folgende Kategorien eingeteilt (Boles & Biles, 2005; Boles et al., 2007; Schönhofer et al., 2019):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>○ Gruppe 3aI - erfolgreiches Weaning mit Extubation/Dekanülierung ○ Gruppe 3aII - erfolgreiches Weaning ohne Dekanülierung ○ Gruppe 3bI - erfolgreiches Weaning mit nichtinvasiver Langzeitbeatmung ohne zusätzlichen Pflegebedarf ○ Gruppe 3bII - erfolgreiches Weaning mit nichtinvasiver Langzeitbeatmung und zusätzlichem Pflegebedarf ○ Gruppe 3cI - erfolgloses Weaning mit außerklinischer Fortsetzung der invasiven Beatmung ○ Gruppe 3cII - erfolgloses Weaning mit Tod in der Klinik</p> <p>Versicherte, die den Gruppen 1 und 2 zuzuordnen sind, werden in Akutkliniken behandelt. In der außerklinischen Versorgung finden sich ausschließlich Versicherte der Weaning-Kategorie 3aII, 3bII und 3cI. Zur Einteilung in die richtige Kategorie 3a, 3b oder 3c ist eine besondere Expertise erforderlich. Im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität der Versicherten ist die jeweils bessere Weaning-Kategorie anzustreben.</p> <p>Studien belegen, dass 60-80% der Versicherten in der Phase des prolongierten Weanings in einem spezialisierten Behandlungssetting, z. B. in einem zertifizierten Weaningzentrum mit speziellen strukturellen Anforderungen, erfolgreich entwöhnt werden können (Bornitz et al., 2020; WeanNet Study et al., 2016; Windisch et al., 2020).</p> <p>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 neurologischen 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; Dziewas et al., 2020).</p> <p>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.</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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 Therapiekontrolle ist auch in diesen Fällen weiterhin angezeigt.</p>			
		<p>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 Abs. 6 Satz 4 der AKI-RL über die Notwendigkeit einer erneuten Erhebung informieren kann.</p>			
		<p>Hierzu sind die folgenden Paragraphen der AKI-RL zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In § 2 Abs. 3 AKI-RL werden Therapieziele und Maßnahmen zur Verbesserung des Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzials beschrieben. • Maßnahmen zur Hebung vorhandener Potenziale werden in § 2 Abs. 4 beschrieben. • Rahmenbedingungen und inhaltliche Aspekte der Potenzialerhebung werden in § 5 detailliert beschrieben. • Besonderheiten im Rahmen des Entlassmanagements werden in § 10 Abs. 3 beschrieben. 			
2.4.2.2	Nichtinvasive Beatmung	<p>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.</p>			
		<p>„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.</p>			
		<p>Bei der Begutachtung sind die folgenden Items zu prüfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? 			
		<p>Die folgenden Fallkonstellationen stecken exemplarisch die Bandbreite der möglichen gutachterlichen Beurteilung ab. Es ist immer der Einzelfall zu betrachten:</p> <p>1. Nächtliche NIV zur Unterstützung und Erholung der insuffizienten Atemmuskulatur; ggf. tagsüber zusätzliche Maßnahmen zur Sekretelimination (Inhalationen); keine höhergradigen motorischen/kognitiven Funktionseinschränkungen.</p> <p>Der bzw. die Versicherte ist bzgl. der Beatmungstherapie weitgehend selbständig, benötigt allenfalls punktuelle Hilfestellungen, jedoch keine permanente Präsenz einer Pflegefachkraft.</p> <p>-> Die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege sind „nicht erfüllt“.</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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 täglich zu lebensbedrohlichen Situationen mit der Notwendigkeit einer sofortigen pflegerischen Intervention.</p> <p>-> Die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege sind „nicht erfüllt“.</p>	<p>Aus Sicht des DPR wäre hier die Anspruchsvoraussetzung zumindest zeitweise (nachts) erfüllt. Bei schwersten motorischen Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten kann beim Versicherten auch ein lebensbedrohlicher Zustand eintreten. Ein tägliches Eintreten kann hier nicht das ausschlaggebende Kriterium sein. Mit dieser Formulierung würde eine große Anzahl (von z.B. ALS Erkrankten) ihren Anspruch und in der Folge ihr Leben verlieren.</p>	Kriterien der Anspruchsberechtigung	<p>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 zu lebensbedrohlichen Situationen mit der Notwendigkeit einer sofortigen pflegerischen Intervention.</p> <p>-> Die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege sind „nicht erfüllt“.</p>
		<p>Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Aufgrund der schweren Funktionseinschränkungen benötigt der oder die Versicherte bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens rund um die Uhr eine umfassende Pflege und Betreuung. o 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. o Die Rettungskette kann alarmiert werden. o Ggf. können Hinweise für andere Versorgungsformen oder zum persönlichen Budget gegeben werden, wenn die Pflege und Betreuung nicht sichergestellt sind. 			
		<p>3. NIV intermittierend nachts und tagsüber; zudem mehrmals täglich zu unvorhersehbaren Zeitpunkten Maßnahmen zum Sekretmanagement (Hustenhilfe) bei eingeschränkter Hustenfunktion; geringe motorische Funktionen einzelner Finger.</p> <p>Der bzw. die Versicherte benötigt aufgrund der respiratorischen Situation rund um die Uhr beatmungsspezifische Pflegemaßnahmen und die Interventionsbereitschaft einer geeigneten Pflegefachkraft.</p> <p>-> Die Anspruchsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege sind „erfüllt“.</p>			
2.4.2.3	Abgrenzung außerklinische Intensivpflege und Palliativversorgung	<p>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 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.</p>	<p>Der DPR weist daraufhin, dass bei Kindern die spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) anzuwenden ist.</p>	Erweiterung der Formulierungen	<p>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.</p>
		<p>In der Konstellation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palliativmedizinische Therapie mit dem Ziel der Symptomlinderung • keine außerklinische Beatmung • nicht trachealkanüliert <p>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.</p>			
		<p>In diesen Fällen kommen folgende Leistungen in Betracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine ambulante Palliativversorgung • Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten (Ziffer 24a der Anlage zur HKP-Richtlinie) • spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) • Versorgung in einem Hospiz 	<p>Der DPR weist daraufhin, dass bei Kindern die spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) anzuwenden ist.</p>	Erweiterung der Formulierungen	<p>In diesen Fällen kommen folgende Leistungen in Betracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine ambulante Palliativversorgung • Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten (Ziffer 24a der Anlage zur HKP-Richtlinie) • spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)/spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) • Versorgung in einem Hospiz
		<p>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.</p>			
2.4.2.4	Versorgung in der Phase F der neurologischen Rehabilitation und Notwendigkeit einer außerklinischen Intensivpflege	<p>Versicherte, die die Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in der "Phase F" der neurologischen Rehabilitation erfüllen, sind Erwachsene mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, • in einer vorausgegangenen Phase der neurologischen Behandlung und Rehabilitation. 			
		<p>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).</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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.</p>			
		<p>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 Abs. 2 Satz 3 SGB V (gilt bis zum 30.10.2023) bestehen. Ein "besonders hoher Bedarf an Behandlungspflege" ist aus gutachterlicher Sicht gleichbedeutend mit der Notwendigkeit einer außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c SGB V. Dies trifft in der Regel für kognitiv bzw. motorisch schwer beeinträchtigte Versicherte mit einer schweren Störung der Vitalfunktion Atmung und der daraus resultierenden Notwendigkeit einer maschinellen Langzeitbeatmung bzw. einer Trachealkanülen-Versorgung zu.</p>			
2.4.2.5	Außerklinische Intensivpflege bei Erkrankungen im HNO-Bereich mit vorhandenem Tracheostoma	<p>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.</p>			
		<p>Je nach Therapie (Operation, Strahlen-, Chemo-, Immuntherapie), Krankheitsstadium und -verlauf bestehen nach Abschluss der Akuttherapie häufig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigungen der Sprech- und Schluckfunktion • Beeinträchtigungen der Atmung • Unsicherheit/Unselbstständigkeit im Umgang mit den notwendigen Hilfsmitteln • Unsicherheit/Unselbstständigkeit bei den notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen 			
		<p>Vorbestehende Erkrankungen, ggf. mit daraus resultierender vorbestehender Pflegebedürftigkeit, beeinflussen das Ausmaß der aktuellen Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen.</p>			
		<p>Nach Abschluss der Akuttherapie sind rehabilitative Maßnahmen in Betracht zu ziehen.</p>			
		<p>Mögliche Reha-Ziele sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 			
		<p>Sofern eine Reha-Maßnahme primär nicht indiziert war oder erfolglos verlief aufgrund</p> <ul style="list-style-type: none"> • eingeschränkter Reha-Fähigkeit bei vorhandenen Komorbiditäten, z. B. Demenz oder • eingeschränkter/fehlender Reha-Ziele bei weit fortgeschrittener Erkrankung (ggf. mit palliativer Therapiezielsetzung) <p>besteht nach der Klinikentlassung ggf. ein Bedarf an medizinischer Behandlungspflege.</p>			
		<p>Bei vorhandenem Tracheostoma mit oder ohne einliegende Trachealkanüle kommen ggf. folgende Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V in Betracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). 			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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 sämtliche der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortgeschrittene Erkrankung bzw. schwerwiegende Komorbidität, • Ausschluss oder Erfolglosigkeit von rehabilitativen Maßnahmen, • Versorgung mit geblockter Trachealkanüle bei schwerer Dysphagie mit hohem Aspirationsrisiko, • Schwere Einschränkung der Hustenfunktion, • ggf. schwere respiratorische/ventilatorische Insuffizienz mit Notwendigkeit einer maschinellen Beatmung, • Notwendigkeit einer permanenten Interventionsbereitschaft zur Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen in lebensbedrohlichen Situationen zu unvorhersehbaren Zeitpunkten und mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich, • Unselbstständigkeit bei der Durchführung der erforderlichen Maßnahmen. 	Auch bei Vorhandensein von 2-3 dieser Voraussetzungen können lebensbedrohliche Situationen eintreten. Aus medizinisch-pflegerischer Sicht ist es nicht notwendig, dass sämtliche Punkte erfüllt sein müssen.	Kriterien der Anspruchsberechtigung	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 einige der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none"> • Fortgeschrittene Erkrankung bzw. schwerwiegende Komorbidität, • Ausschluss oder Erfolglosigkeit von rehabilitativen Maßnahmen, • Versorgung mit geblockter Trachealkanüle bei schwerer Dysphagie mit hohem Aspirationsrisiko, • Schwere Einschränkung der Hustenfunktion, • ggf. schwere respiratorische/ventilatorische Insuffizienz mit Notwendigkeit einer maschinellen Beatmung, • Notwendigkeit einer permanenten Interventionsbereitschaft zur Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen in lebensbedrohlichen Situationen zu unvorhersehbaren Zeitpunkten und mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich, • Unselbstständigkeit bei der Durchführung der erforderlichen Maßnahmen.
2.4.2.6	Kinder mit Diabetes mellitus Typ1	<p>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).</p> <p>Probleme ergeben sich bei Kindern, da altersabhängig die Körperwahrnehmung eingeschränkt, noch kein oder nur ein unzureichendes Selbstmanagement möglich und die Einsichtsfähigkeit für krankheitsbedingt notwendige Verhaltensweisen reduziert ist. Häufig treten deutliche Schwankungen der Blutzuckerwerte auf.</p> <p>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 einer Insulinpumpe gekoppelt sind, ist z. B. auch eine Unterbrechung der Insulinzufuhr bei Hypoglykämien möglich. Mittels rtCGM-Systemen können Veränderungen der Glukosekonzentration frühzeitig erkannt und so die Sicherheit hinsichtlich des Auftretens von Hypo- und Hyperglykämien in begrenztem Maße erhöht werden (Prinz, Lange, & Holl, 2022).</p> <p>[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.</p> <p>Die engmaschig notwendigen behandlungspflegerischen und diätetischen Maßnahmen werden in der häuslichen Versorgung meist von den Eltern erbracht. Sobald die betroffenen Kinder tagsüber Einrichtungen, zum Beispiel Kindergarten oder Schule, besuchen, müssen diese Leistungen in der Regel von anderen Personen übernommen werden; dies kann in Abstimmung zwischen den Eltern und der Einrichtung durch das pädagogische Personal auf freiwilliger Basis erfolgen. Falls diese Option nicht realisierbar ist, müssen die notwendigen Leistungen von einer Pflegefachkraft übernommen werden.</p> <p>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.</p> <p>Bei Hinweisen auf eine unbefriedigende, instabile Diabeteseinstellung sollten vorrangig Maßnahmen zur Therapieoptimierung empfohlen werden; in Betracht kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Der DPR weist daraufhin, dass die Etablierung von Schulgesundheitspflegefachkräften (School Health Nurses) an allen deutschen Schulen die vertrauensvolle Begleitung der chronisch kranken Kinder und ihrer Eltern die häusliche Versorgung stabilisieren kann. Ob Laienkräfte (pädagogisches Personal) befähigt sind, die pflegerischen Leistungen übernehmen können, obliegt der Beurteilung einer qualifizierten Pflegefachperson.</p>	Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in allen Lebenswelten, Ausübung von Vorbehaltsaufgaben	Die engmaschig notwendigen behandlungspflegerischen und diätetischen Maßnahmen werden in der häuslichen Versorgung meist von den Eltern erbracht. Sobald die betroffenen Kinder tagsüber Einrichtungen, zum Beispiel Kindergarten oder Schule, besuchen, müssen diese Leistungen in der Regel von anderen Personen übernommen werden; dies kann in Abstimmung zwischen den Eltern und der Einrichtung durch das pädagogische Personal auf freiwilliger Basis erfolgen. Falls diese Option nicht realisierbar ist, müssen die notwendigen Leistungen von einer Pflegefachkraft übernommen werden. Die Beurteilung der Übernahme von pflegerischen Leistungen durch Laienpflegende obliegt einer qualifizierten Pflegefachperson.

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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“.</p> <p>Um die angestrebte Inklusion mit angemessener Versorgung des Kindes in Kindergarten oder Schule zu erreichen, müssen während des Aufenthaltes in der Einrichtung gewährleistet sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die allgemeine Beaufsichtigung durch das pädagogische Personal, • Informationen/Kenntnisse des pädagogischen Personals über die Erkrankung des Kindes, • Die notwendige behandlungspflegerische Versorgung. <p>Als Leistung der GKV kommen folgende Einzelleistungen der Behandlungspflege gemäß § 37 SGB V in Betracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) <p>Empfehlungen zu Häufigkeit und Dauer der notwendigen punktuellen 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.</p> <p>Unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit kann darauf hingewiesen werden, dass in der inkludierenden Einrichtung eine anwesende Pflegefachkraft die erforderlichen Einzelleistungen für mehrere Kinder mit (Behandlungs-)Pflegebedarf übernehmen kann.</p>			
			Der DPR weist daraufhin, dass die anwesende Pflegefachperson eine pädiatrische Fachexpertise haben sollte. Hier wäre die Etablierung von Schulgesundheitspflegefachkräften (School Health Nurses) an allen deutschen Schulen im Sinne der Wirtschaftlichkeit ein tragfähiges Konzept für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung von schulpflichtigen chronisch kranken Kindern.	Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in allen Lebenswelten	Unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit kann darauf hingewiesen werden, dass in der inkludierenden Einrichtung eine anwesende Pflegefachkraft (z. B. Schulgesundheitspflegekräfte bzw. School Health Nurses) die erforderlichen Einzelleistungen für mehrere Kinder mit (Behandlungs-)Pflegebedarf übernehmen kann.
2.4.2.7	Kinder/Jugendliche mit therapierefraktären Anfallsleiden	<p>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 Jahres nicht zur Anfallsfreiheit. Auch andere Therapiemöglichkeiten (z. B. Epilepsiechirurgie, ketogene Diät, Vagusnervstimulation) können die Schwere bzw. Häufigkeit von Anfällen nicht wesentlich verbessern.</p> <p>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.</p> <p>Bei der Beurteilung der Notwendigkeit einer außerklinischen Intensivpflege ist vorrangig anamnestisch zu klären, ob lebensbedrohliche Situationen auftreten, die eine sofortige behandlungspflegerische Intervention erforderlich machen.</p> <p>Wesentliche Grundlagen der Begutachtung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Differenzierter neurologischer Befundbericht, • Angaben zur aktuellen Medikation, zu Medikamentenumstellungen und Wirkspiegel-Kontrollen im zurückliegenden Jahr, • Anfallskalender über mehrere Monate mit Angaben zu Anfallszeitpunkten, Anfallsdauer, Anfallssymptomen und durchgeführten Maßnahmen, • Angaben zur Hilfsmittelversorgung (Monitoring, Sauerstoffgerät, Absauggerät, Beatmungsbeutel). <p>Von besonderer Relevanz sind folgende Angaben zu Anfallsereignissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gabe eines Bedarfsmedikaments, • Gemessene Vitalparameter, • Sauerstoffgabe oder manuelle Beatmung bei anfallsbedingter Hypoventilation oder Apnoe, • Sekretabsaugung bei Sekretobstruktion bzw. Aspirationsgefahr, • Hinweise auf rezidivierende Aspirationsereignisse mit resultierenden Infekten der Atemwege. <p>Nach Auswertung der vorliegenden Informationen ergeben sich folgende Begutachtungskonstellationen:</p> <p>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.</p> <p>-> Die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V sind „erfüllt“.</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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“.</p>			
		<p>3. Bezogen auf die vorliegenden Informationen kommt es nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich 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“.</p>			
		<p>Empfehlungen: o Der oder die Versicherte benötigt eine umfassende Pflege und Betreuung rund um die Uhr. o Die Umsetzung der vereinbarten Notfallmaßnahmen, ggf. mit Alarmierung der üblichen Rettungskette, muss gewährleistet sein. o Die Hilfsmittelversorgung sollte überprüft und gegebenenfalls angepasst werden (z. B. Epilepsie-Überwachungsgerät). o 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.</p>			
		<p>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: o Der oder die Versicherte benötigt eine umfassende Pflege und Betreuung im Rahmen des bestehenden Pflegegrades gemäß SGB XI. o Die Umsetzung der vereinbarten Notfallmaßnahmen, ggf. mit Alarmierung der üblichen Rettungskette, muss gewährleistet sein.</p>			
2.4.2.8	Kinder mit sauerstoffpflichtiger respiratorischer Insuffizienz	<p>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.</p>			
		<p>Kinder mit einer sauerstoffpflichtigen respiratorischen Insuffizienz leiden oft an einer Lungenparenchymkrankung. 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“.</p>			
		<p>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.</p>			
		<p>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.</p>			
2.4.2.9	Husteninsuffizienz	<p>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 Oxymer-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).</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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). Das Sekretmanagement ist dann sowohl zu regelmäßigen als auch zu nicht vorhersehbaren Zeiten erforderlich. Sollte eine Etablierung des speziellen Sekretmanagements nicht gelingen, z. B. bei einer begleitenden progressiven Bulbärsymptomatik, 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.</p>			
		<p>Die Notwendigkeit des Sekretmanagements können die im Regelfall nicht kognitiv beeinträchtigten Versicherten selbstständig erkennen und einfordern. Mittels punktueller pulsoxymetrischer Messung wird kontrolliert, ob das Sekret ausreichend entfernt werden konnte. Eine zusätzliche Sauerstoffsufflationstherapie bei Sauerstoffsättigungsabfällen ist bei den in der Regel lungengesunden Versicherten kontraindiziert.</p>			
		<p>Die Diagnose der hochgradigen Husteninsuffizienz muss durch entsprechende pneumologische Diagnostik gesichert sein. Die Erprobung und Einstellung des speziellen Sekretmanagements erfolgt durch den diagnostischen Facharzt bzw. die diagnostische 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.</p>			
		<p>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.</p>			
		<p>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.</p>			
		<p>Für die Bewertung, ob es sich dabei um prophylaktische oder um Maßnahmen zur Verhinderung einer akuten vitalen Bedrohung handelt, sind insbesondere die ärztlichen Anordnungen zum speziellen Sekretmanagement und die konkrete Durchführung durch den Leistungserbringer nach § 132l SGB V an Hand der Pflegedokumentation kritisch abzuwägen.</p>			
		<p>Hier von klar abzugrenzen sind allgemeine Maßnahmen des Sekretmanagements zur Verbesserung der Sekretclearance im Rahmen der pflegerischen Versorgung, ergänzt mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Hierzu gehören vor allem die Sekretmobilisation und die Sekretentfernung. Allgemeine Maßnahmen des Sekretmanagements sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausreichende Flüssigkeitszufuhr, • Lagerung, Mobilisation, • Inhalationstherapie, • Atemtherapie, z. B. manuelles Abklopfen/Vibrationsmassage, • Einsatz von Atemtherapiegeräten zur Schleimlösung/-elimination (siehe Produktuntergruppe 14.24.08 des Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes), z. B. Vario-Resistance-Pressure (VRP) sowie In-/Exsufflatoren, • Szillationstherapien (endobronchial/transtorakal) (Windisch et al., 2017). 			
		<p>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.</p>			
3	Zusammenarbeit Krankenkasse und Medizinischer Dienst	<p>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.</p>			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		Entsprechend § 37c Abs. 2 Satz 6 SGB V erfolgt die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 und § 37c Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 2 Satz 6 SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 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 Abs. 3a SGB V genannten Fristen: „Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragsingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragsingang 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 Abs. 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, wobei der konkrete Zeitpunkt der Auftragserteilung und der Begutachtung am Leistungsort nach versichertenindividuellen medizinischen Gesichtspunkten mit der jeweiligen Krankenkasse abgestimmt werden soll.			
		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 Ärzte 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 Abs. 2 AKI-RL).			
		Die Feststellung der Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege erfolgt in der stationären Versorgung (§ 10 Abs. 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.			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		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 diesem Fall hat die erforderliche Begutachtung bei Erstverordnung zur Prüfung der medizinischen Voraussetzungen per Aktenlage zu erfolgen. Für diese Begutachtung sind insbesondere der vorläufige Entlassbrief, Befunde zur Potenzialerhebung, Befunde zur Heilmitteltherapie, Angaben zur Hilfsmittelversorgung und ggf. der Überleitbogen erforderlich. 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 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 und 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 sollte innerhalb von drei Wochen 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.			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>Folgende Unterlagen bzw. Informationen müssen vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Spezialambulanz und Sozialpädiatrischen Zentren, ggf. Polysomnographiebefunde • Pflegedokumentation der außerklinischen Intensivpflege des Leistungserbringers nach § 132l SGB V in der Regel für die letzten vier Wochen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 			
		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 DPR weist daraufhin, dass ein sozialmedizinisches Gutachten, nicht die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung geprüft werden kann (vgl. nächster Absatz).		
		Der Medizinische Dienst erstellt als Produkt ein sozialmedizinisches Gutachten. Ein nach medizinischem Erfordernis geeigneter Zeitpunkt für die Folgebegutachtung soll empfohlen werden.	Der DPR weist daraufhin, dass ein sozialmedizinisches Gutachten, nicht die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung geprüft werden kann.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Der Medizinische Dienst erstellt als Produkt ein sozialmedizinisches- pflegerisches Gutachten. Zudem soll ein nach den medizinisch- pflegerischen Erfordernissen geeigneter Zeitpunkt für die Folgebegutachtung 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 sollte innerhalb von drei Wochen erfolgen.	Der DPR weist daraufhin, dass es sich um eine sozialmedizinische und pflegerische Prüfung durch den Medizinischen Dienst handeln, da auch die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung geprüft wird.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Der Medizinische Dienst entscheidet nach sozialmedizinischer und pflegerischer Prüfung der mitgeteilten Anhaltspunkte, ob ein Gutachten nach Aktenlage oder ein Hausbesuch erforderlich ist. Die Gutachtenerstellung sollte innerhalb von drei Wochen erfolgen.
		Abbildung 2: Zusammenarbeit Krankenkasse und Medizinischer Dienst	Der DPR weist daraufhin, dass es zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und der Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Ort der Leistung sowie Erstellung eines Gutachtens, nicht nur ein ärztliche Expertise erforderlich ist. Nur eine geeignete Pflegefachperson kann im Sinne des § 4 Absatz 1 und 2, Nr. 3 PflBG die pflegerische Versorgung begutachten und in einem Gutachten dazu Stellung nehmen. Ansonsten wären die erstellten Gutachten im Sinne des § 57 Absatz 1 Nr. 2 und 3 PflBG nicht rechtssicher.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Erstellung Gutachten durch ein ärztliches und pflegerisches Gutachterteam
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 durch besonders qualifizierte und erfahrene ärztliche Gutachterinnen und Gutachter zu erfolgen hat. In geeigneten Fällen kann die Befunderhebung am Leistungsort von besonders qualifizierten Pflegegutachterinnen und Pflegegutachtern (siehe Kapitel 7) übernommen werden. Die Bewertung und Beurteilung der einzelnen Unterlagen und Befunde mit sozialmedizinischer Epikrise obliegt immer ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern.	Der DPR weist daraufhin, dass die komplexe Begutachtung nicht nur die sozialmedizinischen Aspekte beinhaltet, sondern auch pflegerische. Qualifizierte und erfahrene ärztliche Gutachter: innen verfügen nicht über die Ausbildung und die Kompetenz eine pflegerische Versorgung zu beurteilen. Es ist unzureichend formuliert, dass in geeigneten Fällen eine Befunderhebung von besonders qualifizierten Pflegegutachter: innen übernommen werden. In der Formulierung wird impliziert, dass die pflegerische Versorgung zur sozialmedizinischen Epikrise gehört und immer ärztlichen Gutachter: innen obliegt.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Bei der Beurteilung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V handelt es sich um eine komplexe sozialmedizinische und pflegerische Begutachtung, die durch besonders qualifizierte und erfahrene ärztliche und pflegerische Gutachterinnen und Gutachter zu erfolgen hat. Die Bewertung und Beurteilung der Unterlagen und Befunde mit sozialmedizinischer Epikrise obliegt den ärztlichen Gutachter und Gutachterinnen. Die Bewertung der pflegerischen Versorgung obliegt den pflegerischen Gutachtern und Gutachterinnen.

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		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 § 132l 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 DPR weist daraufhin, dass die Begutachtung in einem Folgegutachtung nicht nur die sozialmedizinische Perspektive, sondern auch die pflegerische Perspektive beinhaltet.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	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 und pflegerische 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 § 132l 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.
		Die Qualität der außerklinischen Intensivpflege weist erhebliche Unterschiede und immer wieder deutliche Defizite auf, sodass es zu Problemen bei der Patientensicherheit kommen kann. Daher wurde durch den Gesetzgeber 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.	Der DPR weist daraufhin, dass in diesem Abschnitt (3. Satz) die pflegerische Perspektive fehlt.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Die Qualität der außerklinischen Intensivpflege weist erhebliche Unterschiede und immer wieder deutliche Defizite auf, sodass es zu Problemen bei der Patientensicherheit kommen kann. Daher wurde durch den Gesetzgeber 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 und pflegerischen 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“.	Aus Sicht des DPR fehlt das Wort "pflegerische".	Erweiterung der Formulierungen	Sofern keine abschließende Begutachtung möglich ist, z. B. bei Anforderung weiterer Informationen, erfolgt die Bearbeitung als sozialmedizinische und pflegerische Stellungnahme mit dem Schlüssel „Weitere Ermittlungen“.
4.2	Gutachtengliederung	Das Gutachten hat folgende Gliederung: <ul style="list-style-type: none"> • 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 Potenzialerhebende • 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 	Aus Sicht des DPR fehlt bei der Gliederung der Aspekt „pflegerische Beurteilung unter Mitteilung der wesentlichen Gründe“.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Das Gutachten hat folgende Gliederung: <ul style="list-style-type: none"> • 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 Potenzialerhebende • Diagnosen • Begutachtungsrelevante Unterlagen • Sachverhalt • Befunderhebung • Sozialmedizinische und pflegerische 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.			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
4.3	Fragestellung	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Liegen die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege nach § 37c Abs. 1 SGB V aus sozialmedizinischer Sicht vor? Wenn ja, <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Das Kapitel „Diagnosen“ beinhaltet in folgender Reihenfolge:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grundlegende Diagnose(n) ICD 2. Relevante Funktionsstörungen und -beeinträchtigungen: <ul style="list-style-type: none"> o Respiratorische/ventilatorische Insuffizienz o Dysphagie, Aspirationsgefahr o Eingeschränkte Sekretelimination/Hustenfunktion o Epilepsie, Anfallssemiologie o Motorische Funktionsbeeinträchtigungen o Kognitive Funktionsbeeinträchtigungen 3. Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> o Kontinuierlich/intermittierend nicht/invasive maschinelle Langzeitbeatmung o Anlage eines Tracheostoma, absaugpflichtig mit Trachealkanülenversorgung (geblockt/ungeblockt) o Anlage einer PEG-Sonde o Langzeit-Sauerstoff-Therapie o Spezielles Sekretmanagement 			
4.5	Begutachtungsrelevante Unterlagen	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnungsformular Muster 62 außerklinische Intensivpflege (62A Ergebnis Potenzialerhebung, 62B Verordnung, 62C Behandlungsplan) • 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 Vitalwertprotokolle, 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) 			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Besteht (weiterhin) eine Schluckstörung? ○ Aufgrund welcher Diagnose? ○ Mit Aspirationsgefahr? • Wird Logopädie 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	<p>Die Darstellung der Vorgeschichte/des Sachverhaltes beinhaltet wesentliche Informationen zu folgenden Schwerpunkten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zugrunde liegende Krankheiten und bisheriger Verlauf mit Angabe der relevanten aktuellen Funktionsstörungen und -beeinträchtigungen, die eine außerklinische Intensivpflege erforderlich machen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Respiratorische/ventilatorische Insuffizienz ○ Dysphagie, Aspirationsgefahr ○ Eingeschränkte Sekretelimination/Hustenfunktion ○ Epilepsie, Anfallssemiologie, Anfallshäufigkeit, lebensbedrohliche Situationen ○ Vigilanz, Kognition ○ Motorik ○ Adhärenz 2. Aktueller Status der Komorbiditäten, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Herzinsuffizienz ○ Tumorleiden 3. Aktuelle behandlungspflegerische Maßnahmen, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ Potenzialerhebung ○ Krankenhaus- und Facharztberichte ○ Heilmittel ○ Pflegedokumentation (z. B. Pflegebericht, Vitalparameter) 7. Aktuelle/geplante Versorgungsform (s. 2.3.3 Leistungsorte), z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. Versorgung im eigenen Haushalt ○ Ambulante betrieberinitiierte Wohngemeinschaft ○ Stationäre Pflegeeinrichtung ○ Einrichtung der Eingliederungshilfe 8. Hinweise auf Defizite (s. 2.3.4 Anforderungen an den Leistungsort), z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflegerische Versorgung ○ Ärztliche Versorgung ○ Strukturelle, bauliche Gegebenheiten 			

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI BGA AKI Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
4.7	Befunderhebung	Neben der Befunderhebung sind hier das Hausbesuchsdatum und die anwesenden Personen zu dokumentieren.			
4.8	Sozialmedizinische Beurteilung	<p>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.</p> <p>Zu Frage 1 (Liegen die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege nach § 37c Abs. 1 SGB V aus sozialmedizinischer Sicht vor?) In kausaler Reihenfolge sind zusammenfassend darzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Folgende Sachverhalte sind zum Thema Weaning-/Dekanülierungspotenzial zu prüfen und zu beurteilen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die sozialmedizinische Beurteilung der bestehenden Potenziale und der damit zusammenhängenden Maßnahmen basiert auf Kenntnissen folgender medizinischer Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugrundeliegende Diagnosen • Krankheitsverlauf, ggf. Rückbildung von Funktionseinschränkungen, aktueller klinischer Status • Therapieziele • Respiratorische / ventilatorische Funktion • Sekretion und Hustenfunktion • Schluckfunktion • Ernährung • Mobilität • Komorbiditäten • Kognition • Therapieadhärenz und Lebensqualität <p>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.</p> <p>Zu Frage 1d (Bestehen Möglichkeiten der Therapieoptimierung?): Hier sind Hinweise auf eine Therapieoptimierung darzustellen.</p> <p>Zu Frage 1e (Ergeben sich Hinweise, dass die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort 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.</p>	<p>Der DPR weist daraufhin, dass die Beurteilung nicht nur die sozialmedizinische Perspektive, sondern auch die pflegerische Perspektive beinhaltet.</p> <p>Der DPR weist daraufhin, dass die Beurteilung nicht nur die sozialmedizinische Perspektive, sondern auch die pflegerische Perspektive beinhaltet.</p>	<p>Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege</p>	<p>In der sozialmedizinischen und pflegerischen 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.</p> <p>Die sozialmedizinische und pflegerische Beurteilung der bestehenden Potenziale und der damit zusammenhängenden Maßnahmen basiert auf Kenntnissen folgender medizinischer und pflegerischer Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugrundeliegende Diagnosen • Krankheitsverlauf, ggf. Rückbildung von Funktionseinschränkungen, aktueller klinischer Status, sowie Risikoeinschätzungen • Therapieziele • Respiratorische / ventilatorische Funktion • Sekretion und Hustenfunktion • Schluckfunktion • Ernährung • Mobilität • Komorbiditäten • Kognition • Therapieadhärenz und Lebensqualität

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		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, bei Kindern ggf. Sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V) in Betracht kommen. Zusätzlich können Hinweise zur Hinzuziehung anderer Kostenträger gegeben werden.	Der DPR weist auf die speziellen Angebote bei versicherten Kindern hin.	Erweiterung der Formulierungen	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, bei Kindern Kurzzeitpflege im Kinderhospiz, SAPPV und ggf. Sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 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: <ul style="list-style-type: none"> • „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.	Der DPR weist daraufhin, dass es für die Entscheidung einer regelhaften neuerlichen Begutachtung nicht nur ärztlichen Gutachter bzw. Gutachterin obliegt, da auch pflegerische Sachverhalte zu bewerten sind.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Eine regelhafte neuerliche Begutachtung am Leistungsort ist nicht zwingend erforderlich, die Entscheidung obliegt dem ärztlich-pflegerischen Gutacherteam .
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 Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und zukünftig der Rahmenempfehlung nach § 132l Abs. 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 Leistungsort sichergestellt ist, geht es sowohl um die medizinische Versorgung als auch um pflegfachliche 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.	Der DPR weist daraufhin, dass die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege medizinische und pflegerische Aspekte beinhaltet.	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	Das Nähere zu der Frage, ob die medizinischen und pflegerische 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 Leistungsort sichergestellt ist, geht es sowohl um die medizinische Versorgung als auch um pflegfachliche Aspekte. Bewertungsmaßstab zu dieser Frage ist der aktuelle Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse.

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

BGA AKI

Stellungnahmeverfahren

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahme	Bewertung	Änderungen Richtlinientext
		<p>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 für</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 sein. <p>Ggf. kann es sinnvoll sein, Fachärztinnen und Fachärzte mit anderen Qualifikationen beratend bei der Gutachtererstellung hinzuzuziehen.</p>	<p>Diese Fachärzte müssen analog der Richtlinie zur Verordnung ausserklinischer Intensivpflege G-BA (AKI-RL) zwingend die angegebenen Qualifikationen erfüllen. Eine "Kann" Regel greift hier zu kurz und wird der vulnerablen Personengruppe nicht gerecht.</p>		<p>Als ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten Fachärztinnen und Fachärzte eingesetzt werden, die über Kompetenzen und Expertise analog der AKI-RL vom G-BA verfügen. Dies können Fachärztinnen oder Fachärzte für</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 sein.
		<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atemtherapeutinnen 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. 	<p>Der DPR weist daraufhin, dass die Einbeziehung von qualifizierten Pflegefachpersonen bei der Beurteilung der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Sinne des § 4 PflBG keine Kann-Regel ist. Das Einbeziehen einer qualifizierten Pflegefachperson ist zwingend erforderlich!</p>	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	<p>Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung am Leistungsort sind zwingend Pflegefachkräfte mit Kompetenzen in der Versorgung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in die Begutachtung mit einzubeziehen. Dies können</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atemtherapeutinnen 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.
		<p>Die sozialmedizinische Beurteilung wird immer von einem ärztlichen Gutachter oder einer ärztlichen Gutachterin erstellt, auch wenn zusätzlich eine Pflegefachkraft eingesetzt wird.</p>	<p>Der DPR weist daraufhin, dass qualifizierte Pflegefachpersonen die Kompetenz haben eigenständig pflegerische Versorgungssituationen zu beurteilen und in einem Gutachten darzulegen.</p>	Nichtberücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege	<p>Die sozialmedizinische Beurteilung wird immer von einem ärztlichen Gutachter oder einer ärztlichen Gutachterin erstellt. Die Beurteilung der pflegerischen Versorgung obliegt grundsätzlich der beauftragten Pflegefachperson.</p>
8	Literaturverzeichnis				
9	Anlagen und Verweise				