



Ihre Gesundheit. Unser Handwerk.

GBA-Richtlinie zur Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege

Grundlagen

§ 1 der Richtlinien wiederholt und konkretisiert den § 37c SGB V. Beispielsweise wird der Begriff „medizinische Behandlungsmaßnahme“ genauer ausgeführt. Es handelt sich aber nur um die Zusammenfassung bereits bekannter Definitionen.

Ferner wurde in Absatz 5 klargestellt, dass die AKI während und für Krankenhausaufenthalte, sowie stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen nicht verordnet werden kann. Dies gilt auch für die Zeit des Aufenthaltes in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen ein Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht.

Laut BMG gilt das jedoch nur, soweit ein Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege **im Umfang von AKI** durch diese Einrichtungen besteht.

Ansonsten wurden die Orte der Leistungserbringung wortgleich zum § 37 c SGB V noch einmal aufgelistet.

Ziele der AKI § 2 AKI-RL

1. Individuelle und patientenzentrierte **Sicherstellung** von Vitalfunktionen, die **Vermeidung** von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und den sich daraus ergebenden Symptomen zum Erhalt und zur **Förderung** des Gesundheitszustandes.
2. Zudem besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten auch das Therapieziel in der optimalen und individuellen Hinführung **zur Dekanülierung, zur Entwöhnung** von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung.

Ergeben sich Potenziale, leitet der/die Vertragsarzt/ärztin in Absprache mit dem Patienten die erforderlichen Maßnahmen ein, insbesondere die Einweisung in eine stationäre Spezialeinrichtung (vgl. auch § 4 Abs. 3 AKI-RL).

Leistungsinhalte der AKI (§ 3 AKI-RL)

Grundsatz: Der Leistungsinhalt der AKI ist im Vergleich zum aktuellen Inhalt der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung nach Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) inhaltlich gleichlautend.

Nach § 3 Abs. 2 der AKI-RL beinhaltet die AKI alle im zeitlichen Zusammenhang anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der Anlage zur HKP-RL.

Leistungen der HKP nach § 37 SGB V dürfen während dieser Zeit nicht parallel verordnet werden.

Erfolgt die AKI nicht 24 Stunden am Tag

und

ist während der Zeit ohne AKI Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V medizinisch erforderlich, kann diese nach den Regelungen der HKP-RL verordnet werden.

Verordnungsvoraussetzungen (§ 4 AKI-RL)

Die Voraussetzungen für die Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege bleiben unverändert. Damit wird der anspruchsberechtigte Personenkreis weder erweitert, noch eingeeengt.

Kernpunkt bleibt die Notwendigkeit ...“einer sofortigen ärztlichen oder pflegerischen Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar...”

Neu ist in § 4 Abs. 3 der AKI-RL geregelt, dass bei Vorliegen eines Potenzials zur Beatmungsentwöhnung beziehungsweise Dekanülierung, der/die VerordnerIn in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen einzuleiten hat:

- insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.
- Die Krankenkassen sollen unterstützend mitwirken, geeignete Einrichtungen mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, sofern ihnen diese bekannt sind.
- Bei Versicherten mit **unmittelbar** bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von AKI nur bis zum Zeitpunkt des Entwöhnungsversuches einer Spezialeinrichtung ausgestellt werden. Das bedeutet: **Mit dieser Ausnahme ist sichergestellt, dass Versicherte im Falle von möglichen Wartezeiten auf einen freien Platz in einer Einrichtung nach Satz 1 bis zur frühestmöglichen Aufnahme außerklinische Intensivpflege erhalten.**

Potenzialerhebung § 5 AKI-RL

Eine wesentliche Neuerung ist die Verpflichtung zur Potenzialerhebung im Zusammenhang mit der Verordnung.

Die Erhebung soll vor jeder Verordnung bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten erfolgen. Damit soll evtl. Potenzial für Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung erhoben werden. Liegen keine Potenziale vor, dient die Erhebung „nur“ der Therapieoptimierung.

- Die Erhebung muss mindestens einmal jährlich im persönlichen Kontakt vor Ort erfolgen. Im Ausnahmefall kann dies auch telemedizinisch erfolgen.
- Liegen Anhaltspunkte für ein Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial vor, ist die Erhebung alle 6 Monate vorzunehmen.
- Die Erhebung muss nur alle 12 Monate durchgeführt werden, wenn keine Aussicht auf Besserung besteht und dauerhafte keine Dekanülierung erfolgen kann.
- Die Erhebung darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein.
- Wurde innerhalb eines Zeitraums der Patientenbeobachtung von zwei Jahren Erhebungen durchgeführt und dokumentiert, ist die Verordnung auch ohne erneute Erhebung möglich. Die Verordnung darf jedoch nicht vom gleichen Arzt ausgefüllt werden.
- Unabhängig davon sind anlassbezogen (Wunsch des Versicherten, Arzt oder Krankenkasse) jederzeit Erhebungen möglich.
- Bei Hinweisen auf Potenzial zur Entwöhnung/Dekanülierung durch den Medizinischen Dienst (MD), informiert die Krankenkassen die/den Vertragsärztin/Vertragsarzt zwecks Einleitung weiterer Maßnahmen.



Der Erhebung erfolgt durch besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte (siehe § 8 AKI-RL).
Abweichend von der Eingrenzung auf Vertragsärzte dürfen zur Potenzialerhebung auch Nichtvertragsärzte oder Krankenhausärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

*Es handelt sich um eine
Öffnungsklausel. Die
Teilnahme wäre freiwillig.
Unklar ist aber noch die
Vergütung und der
Abrechnungsweg.*

Durch das GKV-IPReG wurde neben dem § 37c SGB V auch der § 39 Abs. 1 Satz 6 SGB V eingefügt. Demnach gehört zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatientinnen und -patienten. Auf dieser Grundlage wurde der OPS (= Operations- und Prozedurenschlüssen) „1-717 Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials“ eingeführt.

Da die gesetzliche Norm und der OPS 1-717 keine Regelungen bzw. Kriterien für nicht beatmete trachealkanülierte Versicherte beinhaltet, müssen die Krankenhäuser, bei Verordnung von AKI, eine Erhebung gemäß § 5 Abs. 10 der AKI-RL für diese Patienten durchführen.



Die Ergebnisse der Erhebung finden sich im zukünftigen Potenzialerhebungsbogen

Die Inhalte sind in den Absätzen 8 bis 10 (§ 5 AKI-RL) je nach Patientengruppe abgebildet.

Beispielhaft die Inhalte für die trachealkanülierten Patienten



(10) ⁴Im Rahmen der Erhebung bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten sollen insbesondere folgende Aspekte überprüft und in die Bewertung des Dekanülierungspotenzials einbezogen und zusammenfassend dokumentiert werden:

1. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Schluckstörung geführt hat, und Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, welche eine Dekanülierung verhindern;
2. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens (gegebenenfalls unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);
3. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten;
4. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität;

10

5. Möglichkeiten der Therapieoptimierung insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien;
6. Atemwegsanatomie;
7. Standardisiertes Aspirationsscreening;
8. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (zum Beispiel fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]);
9. Hustenstoß und Sekretmanagement;
10. Dyspnoe, Bewusstseins- und Schmerzstatus;
11. Sitz und Funktion der Trachealkanüle.

Verordnung der AKI (§ 6 AKI-RL)

Die außerklinische Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Dazu wird ein neues einheitliches Muster entwickelt, welches aus

der Verordnung und dem Behandlungsplan besteht.

Die Verordnung enthält die Angaben anhand derer die Krankenkasse die Leistungsvoraussetzungen überprüfen kann. Auch ist anzugeben, welcher Umfang verordnet werden soll (Stundenumfang).

Zudem soll der Leistungserbringer Informationen für einen schnellen Überblick erhalten und der MD in die Lage versetzt werden, effizient zu begutachten.

Bestandteil der Verordnung ist der vom Verordner erstellte Behandlungsplan.

Dieser soll den Leistungserbringern und sonstigen an der Versorgung beteiligten Akteuren (Heilmittelerbringer, Geräteprovider, Haus- und Fachärzte, Kliniken etc.) zur Sicherung der Behandlungsqualität die erforderlichen Hinweise und Angaben geben.

Die Versicherten sollen den Behandlungsplan erhalten.

Der Behandlungsplan ist bei Änderungen zu aktualisieren und erneut der Krankenkasse vorzulegen.



Dauer der Verordnung § 7 AKI-RL

- Erstverordnung bis zu 5 Wochen
- Erstverordnung
Entlassmanagement längstens 7 Tage
- Folgeverordnung bis zu 6 Monate
- Folgeverordnung ohne
Entwöhnungspotenzial bis zu 12 Monate

Qualifikation potenzialerhebende Ärzte und Ärztinnen (§ 8 AKI-RL)

Vertragsärztliche Versorgung und Entlassmanagement

Fachärztinnen und Ärzte:

- Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Innere Medizin und Pneumologie
- Anästhesiologie mit mindestens 6-montiger Tätigkeit in der prongierten Beatmungsentwöhnung auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.
- Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie,
- Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.
- weitere FÄ mit mindestens 18-monatiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit oder
- bei Entfernung der Trachealkanüle (keine Beatmung) auch FÄ mit mindestens 18-monatiger Tätigkeit in der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

Fachärztinnen und Ärzte:

- Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.
- bei Entfernung der Trachealkanüle (keine Beatmung) auch FÄ mit mindestens 18-monatiger Tätigkeit in der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte § 9 AKI-RL

AKI darf nur auf Grundlage der Erhebung nach § 5 der Richtlinien verordnet werden

Zusätzlich zu den in § 8 AKI-RL genannten Personen dürfen, folgende FÄ die AKI verordnen:

1. Innere Medizin und Pneumologie (Kommentar: m. E. hier eine Doppelung, da dieser PK auch in § 8 genannt wurde).
2. Anästhesiologie
3. Neurologie
4. Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
5. Kinder- und Jugendmedizin
6. Alle Hausärztinnen und Hausärzte, wenn sie dies bei der KV beantragten und Kompetenzen im Umgang mit beatmeten und trachealkanülierten Patienten nachweisen, oder die Absicht erklären sich diese in den nächsten 6 Monaten anzueignen. Die KV hat dazu regelmäßige Fortbildungen anzubieten.

Bei Patienten, die nicht beatmet oder trachealkanüliert sind (z. B. bei Anfallsleiden) erfolgt die Verordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte, die auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind.

Achtung: Bei diesen Patienten ist eine vorherige Erhebung zur Verordnung der AKI nicht erforderlich.

Sonstiges zur Qualifikation

Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach §§ 8 oder 9 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht. Dies soll fortlaufend aktualisiert werden.

Siehe dazu: <https://expertensuche.gesund.bund.de/de/arzt/arztsuche/>



Die Weiterbildungsbezeichnungen schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.

Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Behandlung § 10 AKI-RL

- alle Regelungen, die für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei der Verordnung von AKI gelten, gelten auch für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte, wenn diese AKI verordnen.
- Krankenhäuser können AKI im Rahmen der Entlassung für bis zu 7 Tage verordnen = Erst-VO. Alle weiteren VO wären dann Folge-VO.
- Die Verordnung von AKI kann bereits vor der Entlassung ausgestellt werden. Die erforderliche Erhebung bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten erfolgt dann direkt im Krankenhaus.
- Die Krankenkasse ist grundsätzlich mindestens 14 Tag vor der geplanten Entlassung durch das Krankenhaus zu informieren. Die Krankenkasse soll noch vor der Einbindung eines Leistungserbringers nach § 132I Abs. 4 SGB V informiert werden. Dies ermöglicht der Krankenkasse die Unterbreitung eines Beratungsgesprächs zum geeigneten Leistungsort gemäß § 37c Abs. 1 Satz 3 SGB V. Die Annahme des Beratungsangebots ist freiwillig.
- Vom Krankenhaus ist sicherzustellen, dass bei **aktuell vorliegendem** Potenzial auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung keine Überführung in die AKI ohne den vorherigen Versuch einer Entwöhnung oder Dekanülierung erfolgt. Es soll verhindert werden, dass Versicherte mit einem aktuell vorliegenden Potenzial in die AKI entlassen werden.
- Krankenkassen sollen das Krankenhaus im Falle einer Entlassung von Versicherten mit Anspruch auf AKI darin unterstützen, geeignete Leistungserbringer nach § 132I Abs. 5 SGB V mit verfügbaren Kapazitäten zu benennen.
- Bereits bestehende Verordnungen verlieren nur wegen eines Krankenhausaufenthaltes nicht ihre Gültigkeit, sofern die Voraussetzungen weiter vorliegen.

Genehmigungsverfahren § 11 AKI-RL

Leistungen der AKI sind genehmigungspflichtig. Die Regelungen des Genehmigungsverfahrens sind weitestgehend identisch mit dem Verfahren der HKP-RL

Im Einzelnen:

- Wiederholung der (gesetzlichen) Verpflichtung den MD mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen zu beauftragen
- Bei Ablehnung oder teilweiser Genehmigung sind die Beteiligten über die Gründe zu informieren.
- Kostenübernahme der vertraglichen Vergütung bis zur Entscheidung, wenn die VO innerhalb von 4 Arbeitstagen nach der Ausstellung der Krankenkasse vorliegt.
- Leistungserbringer, die außerklinische Intensivpflege durchführen, sind zunächst an die Verordnung und bei Vorliegen der Genehmigung an diese gebunden.

Zusammenarbeit § 12 AKI-RL

Vertragsärztin oder Vertragsarzt koordinieren die Behandlung und das Erhebungsverfahren

- Bildung eines Netzwerkes mit den beteiligten Angehörigen der Gesundheitsberufe
- Am individuellen Bedarf des Patienten ausgerichtete Teambesprechungen der Beteiligten
- Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese und die oder der Versicherte das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann
- Bei Hausbesuchen Auswertung der Pflegedokumentation und bei Beatmeten zusätzlich die Beatmungsparameter und das Beatmungsprotokoll



Evaluation § 13 AKI-RL

Der G-BA soll die Auswirkung der Richtlinie anhand folgender Parameter vier Jahre nach Inkrafttreten überprüfen um ggf. Anpassung vorzunehmen:

- Entwicklung der Inanspruchnahme der AKI
- Auswirkungen auf die Versorgung
- Entwicklung der Zahl der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte auch im Verhältnis zu dem nach dieser Richtlinie entstehenden Versorgungsbedarf
- Häufigkeit der Inanspruchnahme der Telemedizin
- Umsetzung der Vorgabe zur Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung

Inkrafttreten § 14 AKI-RL

Die AKI-RL ist seit dem 18.03.2022 rechtskräftig (Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger).

Verordnungen von Leistungen der AKI nach der neuen AKI-RL erfolgen ab dem 01.01.2023 (Bis dahin müssen also der Vordruck vereinbart, in den Systemen implementiert sein, Papiervordrucke erstellt und ausgeliefert sein).

Bis zum 31.12.2022 werden Leistungen der AKI nach den Regelungen der HKP-RL verordnet.

Verordnungen von Leistungen der AKI nach den Regelungen der HKP-RL, die vor dem 01.01.2023 ausgestellt wurden, verlieren ab dem 31.10.2023 ihre Gültigkeit.

Eine korrespondierende Übergangsregelung wird auch in der HKP-RL implementiert und damit eine kontinuierliche Möglichkeit der Verordnung der Leistungen sichergestellt.

VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT