



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Versorgungsbericht zur Außerklinischen Intensivpflege

Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Begutachtung durch
den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
01 Von Häuslicher Krankenpflege zu Außerklinischer Intensivpflege	4
02 Die Gesichter hinter den Prüfungen.....	6
03 Merkmale, Leistungen, Ausstattung	8
04 Zahlen, Daten, Fakten 2024.....	10
05 Interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe.....	16
06 Schwerpunktthema: Wo sehen wir Mängel und Lücken in der Versorgung?	17
07 Gemeinsam stark: Das Netzwerk Außerklinische Intensivpflege	22
08 Exkurs	24
09 Ausblick auf die Außerklinische Intensivpflege.....	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gutachten nach Leistungsort	10
Abbildung 2: Verteilung Begutachtung bei Kindern und Jugendlichen.....	11
Abbildung 3: Tabelle Verteilung ICD-Diagnosen bei Begutachtung	12
Abbildung 4: Grafik Verteilung ICD-Diagnosen bei Begutachtung	12
Abbildung 5: Ergebnisverteilung Begutachtung	13
Abbildung 6: Grafik Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen.....	14
Abbildung 7: Tabelle Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen.....	15
Abbildung 8: Workflow Potenzialerhebung	19

01 Von Häuslicher Krankenpflege zu Außerklinischer Intensivpflege:

Gesetzliche Grundlagen und Begutachtungsrichtlinien der Außerklinischen Intensivpflege

Dank moderner pflegerischer Methoden und eines hohen Versorgungsstandards können in Deutschland auch schwerkranke und intensivpflichtige Menschen nach dem Aufenthalt im Krankenhaus zuhause weiter betreut werden. Die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen wurden 2020 überarbeitet. So wurde die außerklinische Intensivpflege (AKI) mit dem Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (IPReG) vom Gesetzgeber aus den Regelungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) herausgelöst und auf ein eigenes Fundament gestellt.

Mit der Einführung des § 37c SGB V hat sich die gesetzliche Grundlage für die außerklinische Intensivpflege entscheidend verändert. Zum ersten Mal wurde ein eigenständiger Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege für gesetzlich Versicherte geschaffen. Das bedeutet, dass Menschen mit einem hohen Bedarf an intensiver Pflege nun offiziell das Recht haben, außerhalb des Krankenhauses professionell betreut zu werden – sei es zu Hause, in einer Pflegeeinrichtung oder in speziellen Wohngruppen.

Außerklinische Intensivpflege bedeutet häufig eine große Belastung für die Versicherten und ihre Angehörigen. Sie brauchen deshalb Sicherheit, klare Informationen und Unterstützung, wie die Versorgung zu Hause, in einer Pflegeeinrichtung oder in einer speziellen Wohngruppe bestmöglich organisiert werden kann. Zugleich steht die Wahl des Versorgungsortes durch die Patientinnen und Patienten unter der Voraussetzung, dass die medizinische und pflegerische Versorgung dort gewährleistet ist.

Einheitliche Begutachtungen durch klare Richtlinien

Als Medizinischer Dienst leisten wir hier einen wichtigen Beitrag. Unsere Kolleginnen und Kollegen prüfen im Auftrag der Krankenkassen, ob die Leistungsvoraussetzungen für AKI tatsächlich erfüllt sind und die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort sichergestellt ist. Dafür fahren unsere Gutachterinnen und Gutachter mindestens einmal pro Jahr in ganz Berlin und Brandenburg in Pflegeeinrichtungen und Wohneinheiten, aber oft auch in die Häuslichkeit, Schulen und Kindergärten, wenn die Außerklinische Intensivpflege dort erbracht wird.

Gegenstand unserer Prüfung ist auch die Möglichkeit der Therapieoptimierung. Die begutachtenden Kolleginnen und Kollegen schätzen ein, ob zum Beispiel eine Beatmungsentwöhnung (Weaning) oder eine Entfernung einer Trachealkanüle (Dekanülierung) denkbar ist. Das IPReG verpflichtet Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen dazu, ihre Patientinnen und Patienten möglichst von künstlicher Beatmung zu entwöhnen. Für die Betroffenen stellt das einen wichtigen Schritt hin zu mehr Selbstständigkeit dar.

Für eine qualitätsgesicherte Begutachtung ist es wichtig, dass unsere Arbeit in der AKI-Begutachtung einheitlich und für alle Beteiligten transparent abläuft. Dafür sorgen fixe Kriterien, die in einer Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) festgeschrieben sind.

AKI schafft Nutzen für die Versicherten

Die Betroffenen profitieren gleich auf mehrere Weise von der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst:

Sicherstellung der Versorgungsqualität

Der Medizinische Dienst überprüft, ob die notwendige medizinische und pflegerische Betreuung am gewünschten Versorgungsort sichergestellt ist. So wird gewährleistet, dass die Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung erhalten, die ihren individuellen Bedürfnissen entspricht.

Individuell angepasste Pflege

Durch die Begutachtung wird der tatsächliche Pflegebedarf im Detail ermittelt. Das hilft, einen maßgeschneiderten Pflegeplan zu erstellen, der auf die persönlichen und familiären Umstände der Patientinnen und Patienten abgestimmt ist.

Selbstbestimmung bei der Wahl des Versorgungsortes

Die Begutachtung unterstützt die Entscheidung der versicherten Person, wo sie gepflegt werden möchte. Ein primäres Ziel der AKI ist, dass intensivpflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten und gewünschten Umfeld leben können. Für sie bedeutet das oft Sicherheit, Teilhabe und Freiheit. Der Medizinische Dienst stellt sicher, dass der Wunschort die nötigen Voraussetzungen für eine intensive Pflege erfüllt. Das stärkt die Autonomie der Patientinnen und Patienten und ermöglicht ihnen, in einer Umgebung ihrer Wahl versorgt zu werden.

Einheitlichkeit

Mit gesetzlich vorgegebenen, einheitlichen Kriterien für die Begutachtung ist sichergestellt, dass alle Versicherten unabhängig von ihrem Wohnort und ihrer Situation eine faire Beurteilung und gleiche Chancen auf außerklinische Intensivpflege bekommen.

Unterstützung für Angehörige

Da die Begutachtung auch die Belastungen des familiären Umfelds berücksichtigt, hilft sie, Überforderungen zu vermeiden. Der Medizinische Dienst stellt sicher, dass die Angehörigen in die Pflegeplanung einbezogen werden, um eine nachhaltige Unterstützung für die häusliche Pflege zu schaffen.

Insgesamt trägt unsere Begutachtung dazu bei, dass Versicherte und ihre Familien eine klare, fundierte Orientierung und die nötige Sicherheit für die Umsetzung der außerklinischen Intensivpflege erhalten.

Weitere Informationen

[Begutachtungsanleitung Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V \(BGA AKI\)](#)

[Richtlinie Außerklinische Intensivpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses](#)

[Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz \(GKV-IPReG\)](#)

02 Die Gesichter hinter den Prüfungen:

Was macht die AKI-Begutachtung so besonders?

Die Begutachtung von außerklinischer Intensivpflege ist eine komplexe und verantwortungsvolle Aufgabe. Sie erfordert besonderes Fachwissen und viel Teamarbeit – und zwar im wahrsten Sinne des Wortes. Denn die Besuche bei den Versicherten vor Ort werden im Tandem durchgeführt. Eine ärztliche und eine pflegerische beziehungsweise medizinische Begutachtungsfachkraft arbeiten dafür zusammen. Sowohl medizinische als auch pflegerische Perspektiven können so in die Begutachtung eingebracht werden. Bei Widersprüchen begutachtet anstelle der pflegerischen beziehungsweise medizinischen sogar noch eine zusätzliche ärztliche Fachkraft, um vor Ort eine fundierte und gerechte Entscheidung treffen zu können. Dieses Vorgehen sichert die hohe Qualität der Gutachten ab.

Tandem an der Spitze

Geleitet wird die im Geschäftsbereich Medizin angesiedelte Abteilung „Zentrale Begutachtung Hilfsmittel und Außerklinische Intensivpflege“ (M-13) von Edith Alarcon-Drüge und Dr. Ina Jovanovic. Unterstützung erhalten die beiden aus dem Geschäftsbereich Fachservice. Dort steht mit Dr. Yvonne Kätner-Nagel eine Referentin zur Verfügung. Gemeinsam leisten die drei mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung einen wichtigen Beitrag zum Erfolg der außerklinischen Begutachtung.

Mit gemeinsamer Arbeit ans Ziel

Hinter allen Prüfungen und Gutachten des Medizinischen Dienstes stehen Menschen. Die Begutachtung gerade von schwerstkranken Menschen, teilweise im Kindesalter, kann emotional und aufwühlend sein.

In unserem Dienst nimmt eine engagierte und hochqualifizierte interdisziplinäre Abteilung diese verantwortungsvolle Aufgabe wahr. Das ärztliche Team besteht aus erfahrenen Gutachterinnen und Gutachtern verschiedener Fachbereiche: Anästhesie, Intensivmedizin, Innere Medizin, Kardiologie, Pädiatrie, Neurologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Chirurgie. Diese disziplinenübergreifende Expertise ist entscheidend, um den unterschiedlichen medizinischen Anforderungen und individuellen Situationen der Versicherten gerecht zu werden und eine fundierte Beurteilung der Fälle zu gewährleisten. Viele der Kolleginnen und Kollegen tragen die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und Palliativmedizin.

Zusätzlich finden regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen und Nachbesprechungen statt, an denen das gesamte Team teilnimmt. Dort werden vor allem hochkomplexe und teilweise strittige Fälle intensiv besprochen. Das Wissen aller vertretenen Fachdisziplinen kann so in die Beratung einfließen. Stets wird dabei der gesamte Kontext der Begutachtung berücksichtigt und der individuelle Fall anhand der Richtlinien und der Begutachtungsanleitung bewertet.

Nachbesprechungen im Team dienen aber nicht nur der fachlichen Reflexion. Sie sind auch als Supervision für die Gutachterinnen und Gutachter gedacht, um sie emotional zu erleichtern und im Umgang mit belastenden Situationen zu stärken.

Wichtige Arbeit im Hintergrund

Unterstützt werden die Gutachterinnen und Gutachter von zwei Sekretärinnen und zwei Assistenzkräften, die sich um die organisatorische Planung der Hausbesuche in Berlin und Brandenburg kümmern. Die logistische Herausforderung von jährlich etwa 1.650 Begutachtungen ist hoch. Die Besuche müssen präzise organisiert und verwaltet werden – sowohl in der Großstadt Berlin als auch an den Rändern des Flächenlandes Brandenburg. Zugleich müssen oft weitere Termine und

Dienstreisen, zum Beispiel für den Besuch von wissenschaftlichen Kongressen oder die Teilnahme an Arbeits- und Fachgremien, koordiniert werden. Die Assistenzen und das Sekretariat spielen hinter den Kulissen eine entscheidende Rolle, dass alle Abläufe der Abteilung reibungslos funktionieren.



Edith Alarcon-Drüge (Mitte) ist Fachärztin für Thoraxchirurgie mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und war über zehn Jahre lang in der Lungenklinik Heckeshorn (Helios Klinikums Emil von Behring) tätig. Im Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg arbeitete sie zunächst als ärztliche Gutachterin, später als Regionalleitung. 2020 übernahm sie die Abteilung Zentrale Begutachtung Hilfsmittel und Außerklinische Intensivpflege. Edith Alarcon-Drüge trägt die Zusatzbezeichnung Sozialmedizinerin.

Dr. med. Ina Jovanovic (links) ist Fachärztin für Thoraxchirurgie und für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Bis Ende 2020 war sie im stationären Versorgungsbereich tätig, unter anderem an der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim, am Bethel Krankenhaus Berlin und in der Lungenklinik Heckeshorn. Seit 2021 ist Ina Jovanovic beim Medizinischen Dienst. Zunächst ging sie halbtags noch einer Tätigkeit in einer allgemein-internistischen Hausarztpraxis mit Schwerpunkt Pneumologische Krankheitsbilder nach. Zum 01.03.2025 übernahm sie in Vollzeit die stellvertretende Leitung der Abteilung Zentrale Begutachtung Hilfsmittel und Außerklinische Intensivpflege.

Dr. med. Yvonne Käutner-Nagel (rechts) ist Fachärztin für Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Notfallmedizin. Von der Berliner Ärztekammer ist sie auch als Peer Reviewerin für Intensivmedizin benannt. Zwischen 2003 und 2021 war Yvonne Käutner-Nagel in der stationären Versorgung als Oberärztin am Charité Campus Benjamin Franklin und am St. Gertrauden-Krankenhaus tätig. Sie kam 2021 zum Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg und ist seit 2024 Fachreferentin für die Themen Außerklinische Intensivpflege und Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

03 Merkmale, Leistungen, Ausstattung:

Was die Außerklinische Intensivpflege ausmacht

Bei der außerklinischen Intensivpflege handelt es sich um eine spezialisierte Form der Behandlungspflege für Menschen mit schwersten Erkrankungen, die außerhalb eines Krankenhauses kontinuierliche medizinische und fachpflegerische Betreuung benötigen.

Ziel dieser intensiven Betreuung ist es, lebensbedrohliche Situationen, die täglich und unmittelbar auftreten können, frühzeitig zu erkennen und durch sofortige Maßnahmen abzuwenden. Denn die Betroffenen sind dann nicht in der Lage, sich selbstständig zu helfen, zum Beispiel wenn eine Trachealkanüle mitsamt Beatmung von den Betroffenen getrennt wird. In diesen Situationen brauchen sie schnelle professionelle Hilfestellung, um die Lebensgefahr abzuwenden.

Merkmale der außerklinischen Versorgung

- Ständige Interventionsbereitschaft einer examinierten Pflegefachkraft
- Überwachung lebenswichtiger Funktionen wie Atmung und Kreislauf
- Versorgung mit Beatmungsgeräten oder Trachealkanülen
- Schnelles Eingreifen bei akuten, lebensbedrohlichen Zuständen

Ausgewählte Leistungen der außerklinischen Intensivpflege

- Kontinuierliche Überwachung lebenswichtiger Funktionen wie Atmung, Kreislauf, Bewusstsein
- Bedienung und Kontrolle von Beatmungsgeräten oder anderen lebenserhaltenden Systemen
- Absaugen der Atemwege bei Patienten mit eingeschränkter Hustenfunktion
- Tracheostomapflege bei Patienten mit Luftröhrenschnitt
- Versorgung von Kathetern, Sonden oder Drainagen
- Erkennen und Reagieren auf Notfälle wie Atemnot, Krampfanfälle oder vegetative Entgleisungen
- Unterstützung bei der Mobilisation, Körperpflege, Ernährung und Ausscheidung
- Koordination mit Ärzten, Therapeuten und Angehörigen

Mögliche Ausstattung in der außerklinischen Intensivpflege

- Pflegebett
- Beatmungsgerät, mitunter auch zwei bei langer Beatmungsdauer
- Trachealkanüle
- Absauggerät, stationär und mit Akku
- Inhalationsgerät
- Ernährungssonde

Besondere Versorgung, hoher Aufwand

Durch das Vorhalten von medizinischen Gerätschaften sowie der Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch speziell ausgebildete Pflegefachkräfte ist die AKI ein sehr kostenintensiver Bereich, zumal es unterschiedliche Betreuungsschlüssel gibt. So wird beispielsweise in der Häuslichkeit eine Eins-zu-eins-Betreuung durchgeführt.

Versicherte haben die Möglichkeit im Rahmen eines persönlichen Budgets ihre Pflege selbst zu bestimmen und zu organisieren. Pflegeleistungen, Therapien oder Assistenzdienste bezahlen sie also selbstständig. Das persönliche Budget ist eine Geldleistung (§ 29 SGB IX), die durch einen Vertrag zwischen dem oder der Versicherten auf der einen und der Krankenkasse auf der anderen Seite geschlossen wird. Allerdings nutzten nur vier Prozent der von uns im letzten Jahr begutachteten Personen dieses persönliche Budget. Der Großteil der Patientinnen und Patienten wird im Rahmen der zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossenen Verträge versorgt.

AKI als Schlüssel für gesellschaftliche Teilhabe

Außerklinische Intensivpflege schafft ein Umfeld, in dem auch schwerstkranke Menschen gut und selbstbestimmt leben können. Abseits der Häuslichkeit können das auch spezielle betreute Wohnformen und -gemeinschaften sein. Einige Betroffene können dank der Begleitung durch eine Pflegefachkraft sogar in den Kindergarten, die Schule oder an einen Arbeitsplatz gehen. Das schafft für sie Selbstständigkeit, Partizipation und Freiheiten.

04 Zahlen, Daten, Fakten 2024:

Unser Blick auf die AKI-Versorgung der Region

Insgesamt wurden im Zeitraum 01. Januar bis 31. Dezember 2024 von uns 1.414 fallabschließende Gutachten erstellt, davon 72 Prozent mit Befunderhebung am Leistungsort und 28 Prozent auf Basis der Aktenlage. Alle Fälle wurden 2024 erstmalig begutachtet. Auf dieser Grundlage liegen belastbare Daten vor, aus denen wir Rückschlüsse zur AKI-Versorgung in der Region Berlin-Brandenburg ziehen können.

Leistungsort

Zum Ort der Leistungserbringung können wir feststellen, dass 562 Versicherte (39,7 Prozent) in einer speziellen Wohneinheit und weitere 543 im eigenen Haushalt (38,4 Prozent) versorgt wurden. 68 Versicherte (4,8 Prozent) nahmen die Leistung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in Anspruch. Der Rest verteilt sich zum Beispiel auf selbstorganisierte Wohneinheiten und andere betreute Wohnformen. Jüngere Versicherte wurden regelmäßig auch im Kindergarten oder der Schule begutachtet. Bei 143 Begutachtungen (10,1 Prozent) konnte der Leistungsort nicht eindeutig zugeordnet werden, da es sich hierbei um stationäre Aufträge handelte, für die eine Kostenübernahme vor Verlegung in die Ambulanz erforderlich war:

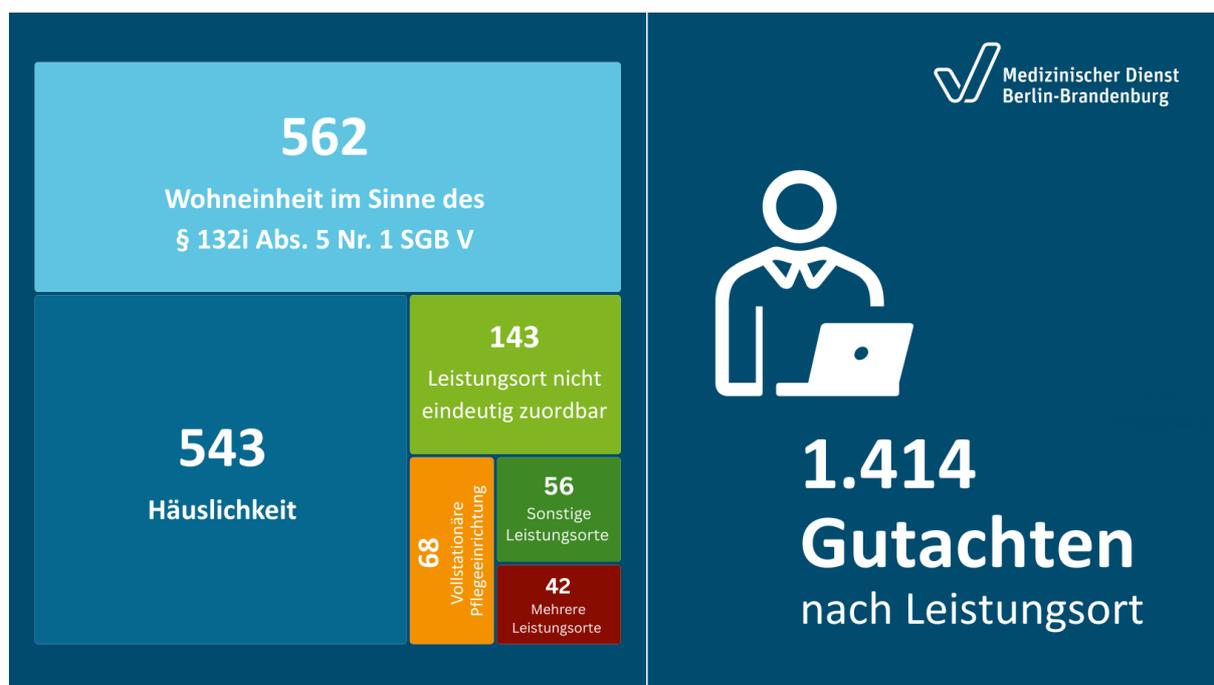


Abbildung 1: Gutachten nach Leistungsort, Quelle: eigene Daten

Demografische Struktur

Von den Begutachtungsfällen waren 905 Personen männlichen, 506 weiblichen und drei Personen diversen Geschlechts. Der Großteil der Begutachtungen entfiel mit circa 83 Prozent auf Erwachsene. Das Medianalter der Begutachteten betrug 61 Jahre, der arithmetische Mittelwert lag bei 52 Jahren. Für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die etwa 17 Prozent ausmachen, gestaltet sich die Altersverteilung wie folgt:



Abbildung 2: Verteilung Begutachtung bei Kindern und Jugendlichen, Quelle: eigene Daten

Diagnosen und Merkmale

Im Rahmen der Begutachtungen wurden auch die zugrunde liegenden Grunderkrankungen ausgewertet. Diese werden in einem weltweit einheitlichen System zur Verschlüsselung von Diagnosen, dem ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), dargestellt. Folgende Diagnosegruppen aus dem ICD waren bei der Begutachtung am häufigsten vertreten:

Diagnosegruppe	Beschreibung	Fallzahl und Anteil in 2024
ICD G	Erkrankungen des Nervensystems wie Beispiel Tetraparese, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose (MS), Spinale Muskelatrophie (SMA) sowie das Syndrom reaktionsloser Wachheit	595 (42,1 %)
ICD I	Erkrankungen des Kreislaufsystems wie Schlaganfall oder Herzinfarkt	297 (21,0 %)
ICD J	Erkrankungen des Atmungssystems wie COPD	205 (14,5 %)
ICD C	Bösartige Neubildungen im Rahmen von Krebserkrankungen	115 (8,1 %)
ICD Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	68 (4,8 %)
ICD S und T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, etwa nach Polytraumata oder Hirnverletzungen	52 (3,6 %)
ICD E	Erkrankungen aus dem Bereich der endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	33 (2,3 %)
ICD P	Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode, zum Beispiel Geburtsverletzungen oder Störungen im Zusammenhang mit Wachstum und Gewicht des Fetus	17 (1,2 %)
ICD A und B	Infektiöse und parasitäre Erkrankungen wie Sepsis	15 (1,0 %)
Sonstige ICD	zum Beispiel ICD K (Krankheiten des Verdauungssystems)	17 (1,2 %)

Abbildung 3: Tabelle Verteilung ICD-Diagnosen bei Begutachtung, Quelle: eigene Daten

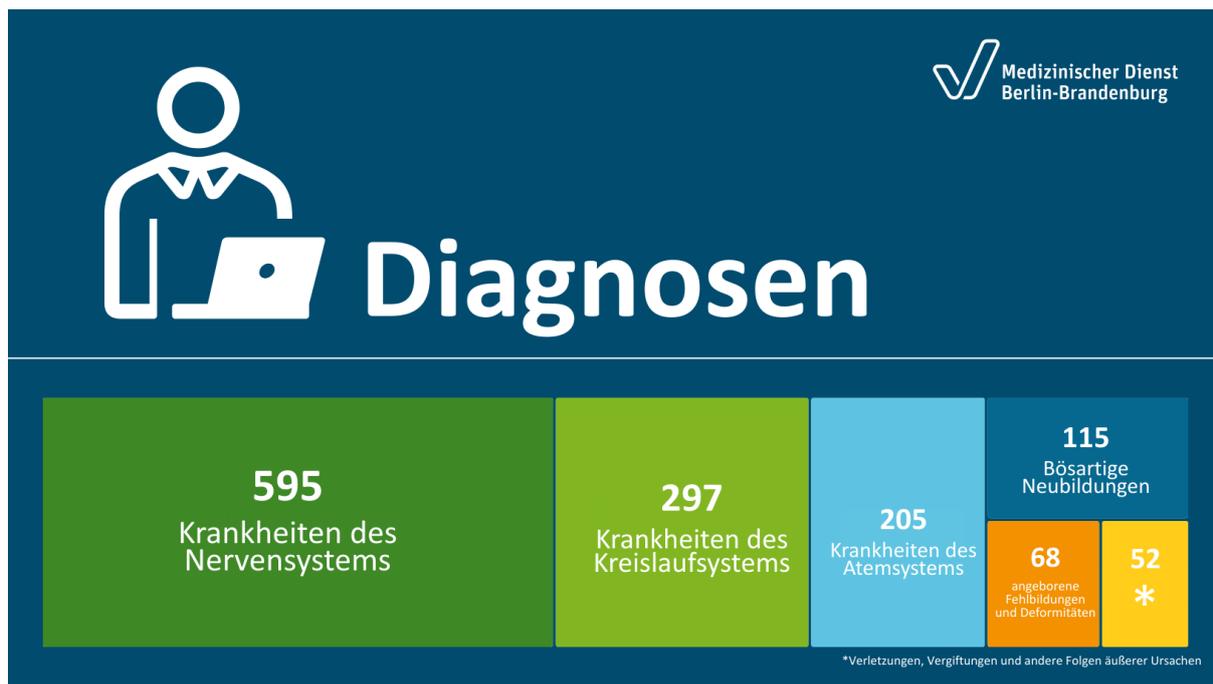


Abbildung 4: Grafik Verteilung ICD-Diagnosen bei Begutachtung, Quelle: eigene Daten

Epilepsie, entweder isoliert oder als Begleiterkrankung zum Beispiel nach Blutungen und Traumata, betraf 319 der von uns in 2024 begutachteten Versicherten. In 109 Fällen traten entsprechende Anfälle täglich, in 38 Fällen wöchentlich und in 59 Fällen monatlich auf. Die verbleibenden 113 Versicherten waren nicht von Anfällen betroffen.

Viele der begutachteten Intensivpflegebedürftigen sind auf Atemwegstherapiehilfen angewiesen. Ein Tracheostoma, also eine künstlich geschaffene Öffnung in der Luftröhre, lag bei 1.040 Versicherten vor, was einem Anteil von rund 74 Prozent entspricht. Eine invasive Beatmung wurde bei 340 Personen dokumentiert, während eine nicht-invasive Beatmung bei 133 Versicherten zur Anwendung kam.

Eine Dysphagie, also eine Schluckstörung, wurde bei 1.038 der insgesamt 1.414 begutachteten Versicherten festgestellt. Das entspricht ebenfalls einem Anteil von rund 74 Prozent.

22 Prozent der Versicherten sind auf ein medizinisches Gerät zur Unterstützung des Abhustens angewiesen.

Nicht planbare Absaugungen im Zusammenhang mit einem Tracheostoma wurden bei 1.037 Personen durchgeführt.

Ergebnisse der Begutachtungen

Von den 1.414 Begutachtungen im letzten Jahr wurden 1143 mit dem Ergebnis „erfüllt“, 76 mit dem Ergebnis „teilweise erfüllt“, 190 mit dem Ergebnis „nicht erfüllt“ und fünf mit „Andere Antwort“ abgeschlossen.

Infobox

Erfüllt: Leistungsvoraussetzungen und Sicherstellung für die Außerklinische Intensivpflege sind gegeben

Teilweise erfüllt: In der Praxis können hier die Leistungsvoraussetzungen zwar erfüllt sein, aber es zeigen sich Mängel in der pflegerischen beziehungsweise medizinischen Sicherstellung vor Ort. Andersherum können die Leistungsvoraussetzungen nicht für den beantragten Gesamtzeitraum bestätigt werden, auch wenn die Sicherstellung vor Ort gegeben ist. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn ein hohes Entwöhnungspotenzial von der künstlichen Beatmung vorliegt.

Nicht erfüllt: Die Leistungsvoraussetzungen sind nicht gegeben.

Andere Antwort: Eine abschließende Empfehlung ist nicht möglich, zum Beispiel durch das zwischenzeitliche Ableben der zu begutachtenden Person.

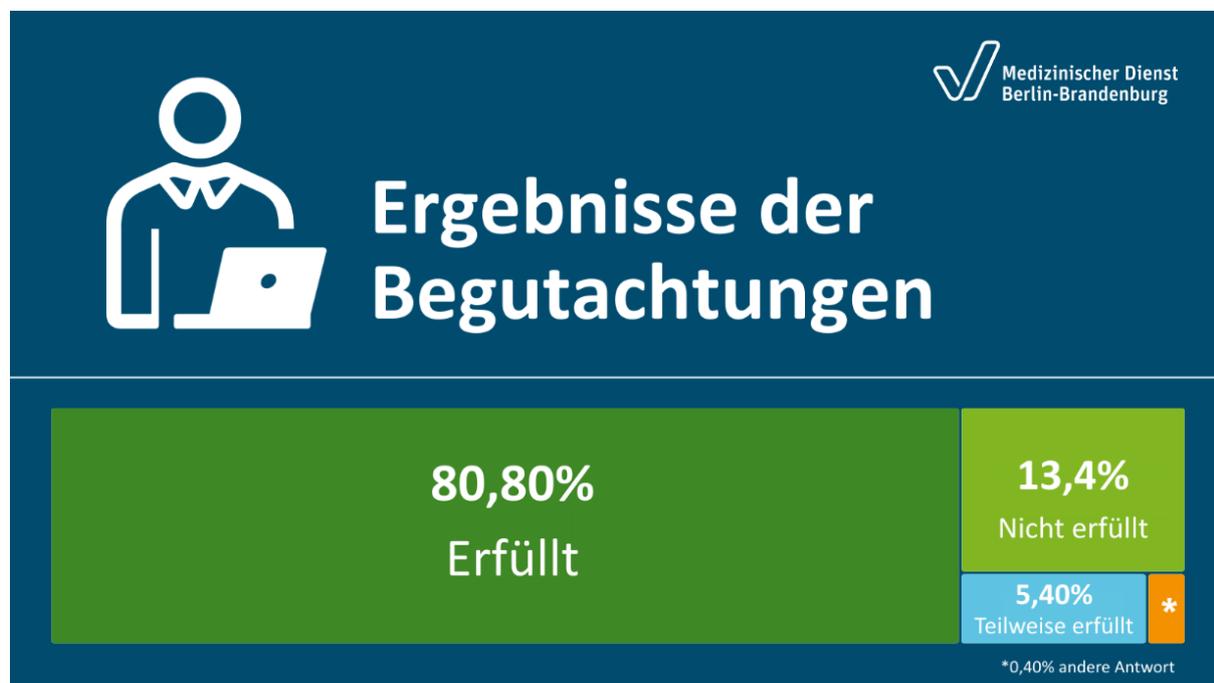


Abbildung 5: Ergebnisverteilung Begutachtung, Quelle: eigene Daten

Über die verschiedenen möglichen Leistungsorte hinweg verteilen sich die Ergebnisse zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen sehr homogen. Insbesondere sehen wir keine signifikanten Unterschiede zwischen der Begutachtung im eigenen Haushalt und in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 SGB V, wie die Grafik zeigt:

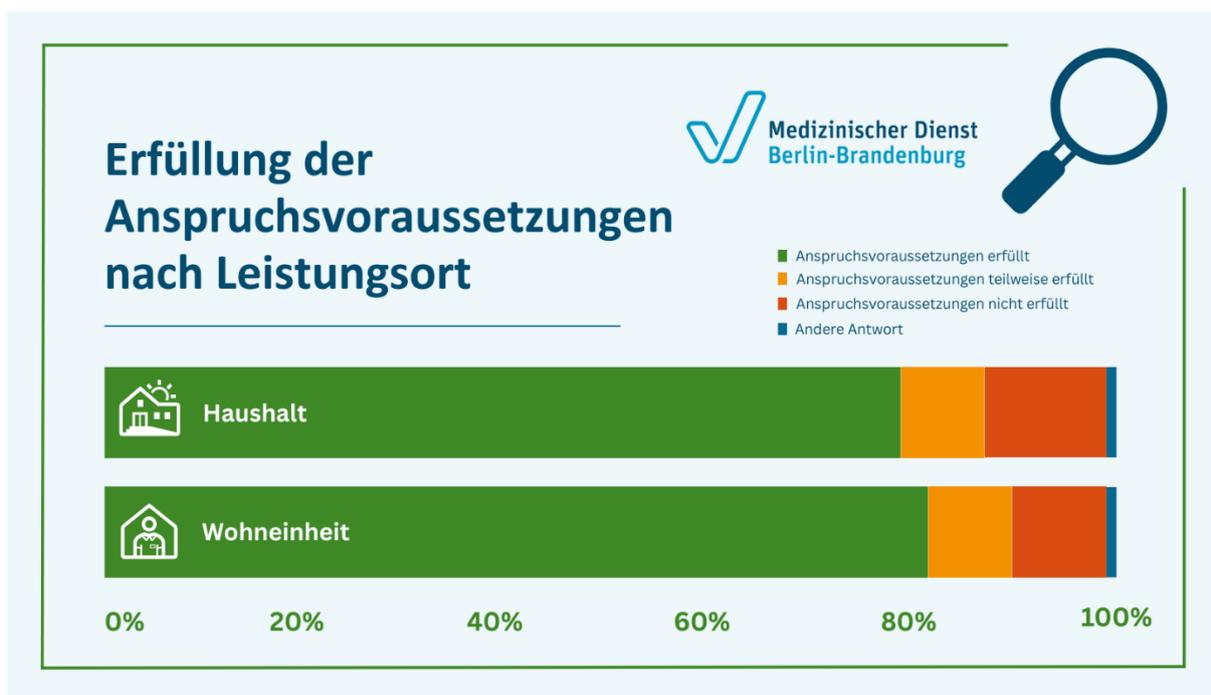


Abbildung 6: Grafik Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen, Quelle: eigene Daten

Eine detaillierte Übersicht zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen über die verschiedenen Leistungsorte finden Sie nachfolgend:

Leistungsort Zeitpunkt Begutachtung	zum der	Fall- zahl	Voraussetzungen erfüllt	Voraussetzungen teilweise erfüllt	Voraussetzungen nicht erfüllt	Andere Antwort
Krankenhaus		1	-	-	1	-
Vollstationäre Pflegeeinrichtung		68	52	5	11	-
Einrichtung/Werkstatt für Menschen mit Behinderung		3	3	-	-	-
Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 SGB V		562	468	30	61	3
Eigener Haushalt		543	436	28	77	-
Selbstorganisierte Wohneinheiten		2	2	-	-	-
Schule		19	13	-	6	-
Kindergarten		20	14	-	6	-
Betreute Wohnform		11	10	1	-	-
Mehrere Leistungsorte, z. B. Schule und Zuhause		42	32	3	7	-
Leistungsort nicht eindeutig zuzuordnen		143	113	9	21	-

Abbildung 7: Tabelle Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen, Quelle: eigene Daten

Neben den Anspruchsvoraussetzungen prüfen die Gutachterinnen und Gutachter auch die Sicherstellung medizinischer und pflegerischer Leistungen am Leistungsort, also die Versorgungssituation der Versicherten. Für medizinische Leistungen wurde in 1.057 Fällen (74,8 Prozent) die Sicherstellung bestätigt. In 38 Fällen (2,7 Prozent) wurde die medizinische Leistung als nicht sichergestellt dokumentiert. Bei 319 Fällen (22,5 Prozent) entfiel die Angabe. Ein nahezu identisches Bild zeigte sich bei den pflegerischen Leistungen. Auch hier konnte in 1.056 Fällen (74,7 Prozent) die Sicherstellung angegeben werden. In 40 Fällen (2,8 Prozent) galt sie als nicht sichergestellt, bei 318 Fällen (22,5 Prozent) entfiel die Angabe. Diese Daten verdeutlichen, dass sowohl medizinische als auch pflegerische Leistungen im überwiegenden Teil der Fälle als gesichert angesehen wurden.

Festgestellte Probleme bei der medizinischen Versorgung resultierten zumeist aus unklaren Behandlungskonzepten. Aus pflegerischer Sicht wurden unter anderem Mängel bei der Gerätebedienung oder bei den Alarmgrenzen im Rahmen der Beatmung festgestellt. Auch wurden Hygienestandards nicht durchgängig eingehalten.

Dennoch kann ein überwiegend positives Fazit zur Versorgungssituation in der Region gezogen werden. Gleichzeitig sind bei einem geringen Anteil an Fällen auch Mängel in der Versorgung festgestellt worden, die zum Teil gravierend waren. Kapitel 6 geht darauf genauer ein.

05 Interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe:

Gemeinsam für gute Versorgung

Die Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg werden von Leistungserbringern als konstruktiv und fachlich kompetent wahrgenommen. Das bestätigen sowohl stationäre als auch ambulante Versorger in einer aktuellen Befragung zur Prozessoptimierung bei der Begutachtung. Hervorgehoben wird unter anderem die reibungslose Kommunikation, die wesentlich zum Gelingen der Begutachtungen beiträgt – etwa durch frühzeitige Terminabsprachen und die zuverlässige Durchführung durch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Zur Unterstützung der Vorbereitung erhalten die Versorger strukturierte Checklisten, mit denen alle erforderlichen Unterlagen gezielt zusammengestellt werden können. Dies erleichtert nicht nur die Organisation, sondern trägt auch zu einem entspannten Ablauf der Begutachtung bei.

Positive Rückmeldungen für fachübergreifende Expertise

Weiterhin befürworten die Leistungserbringer, dass die Begutachtungen durch ein interdisziplinäres Team aus ärztlicher und pflegerischer Fachkraft durchgeführt werden. So ist sichergestellt, dass die Inhalte der Begutachtungsanleitung mit umfassendem Wissen in pflegerischen und medizinischen Belangen bewertet und individuell eingeordnet werden.

Wie sehr allen Beteiligten die optimale Versorgung der Betroffenen ein Anliegen ist, verdeutlicht auch die Resonanz aus unserem Netzwerk AKI, über das wir in Kapitel 07 berichten. Dort sind inzwischen mehrere Leistungserbringer involviert und tauschen sich mit uns und weiteren Expertinnen und Experten regelmäßig aus.

06 Schwerpunktthema:

Wo sehen wir Mängel und Lücken in der Versorgung?

Teil unserer Verantwortung ist es, das Wissen und die Erfahrungen aus den vielen Begutachtungen zur Verbesserung der Versorgung zu nutzen. Das bedeutet, neben den vielen positiven Beispielen in der AKI-Landschaft auch strukturelle Mängel und Lücken zu thematisieren. Das tun wir zum Beispiel in unserem Netzwerk oder in Gesprächen mit politischen Entscheiderinnen und Entscheidern.

Begutungskriterien überwiegend erfüllt

Beim Blick auf die Daten unseres Berichts ist festzuhalten, dass diese nur die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes auf der Basis gesetzlicher Vorgaben widerspiegeln. Der Leistungsbescheid der Kranken- oder Pflegekasse als Kostenträger und somit auch die konkrete Versorgung des oder der Versicherten kann anders aussehen. Wir sehen auf Grundlage der Zahlen des Vorjahres aber, dass nach einer Erstbegutachtung knapp 13,4 Prozent aller Anträge auf AKI die dafür notwendigen Voraussetzungen nicht erfüllen.

Welche einzelnen Krankheitsbilder hinter diesen 13,4 Prozent stehen, können wir in der aktuellen Erhebung noch nicht detailliert auslesen. Ab dem kommenden Jahr werden wir die Daten detaillierter erfassen. Davon erhoffen wir uns für die Zukunft genauere Erkenntnisse zu den Ablehnungsquoten im Hinblick auf einzelne Diagnosen.

Bei vielen Versicherten, deren Anträge die gesetzlichen Voraussetzungen nach unserer Begutachtung nicht erfüllen, wurden die Anspruchsvoraussetzungen und die Sicherstellung am Leistungsort sehr intensiv von unserem interdisziplinären Team besprochen. Im direkten Dialog mit den Kassen sowie in unseren Gutachten wird der notwendige, individuelle pflegerische Bedarf genau beschrieben. So können die Krankenkassen in Zusammenarbeit mit ihren Fallmanagern notwendige Maßnahmen für ihre Versicherten auf den Weg bringen und unterstützend helfen – beispielweise durch eine Pflegeberatung. Denn oft zeigen sich in der Praxis deutliche Versorgungslücken für Menschen, die zwar erheblich eingeschränkt sind, jedoch die Formalia nach § 37c SGB V für eine AKI-Verordnung nicht erfüllen.

Das folgende Fallbeispiel aus dem Jahr 2024 verdeutlicht die daraus resultierenden Herausforderungen.

Fallbeispiel aus der Praxis: Komplexer Unterstützungsbedarf ohne Anspruch auf AKI

Bis zum Frühjahr 2024 lebte der Versicherte mit einer stabilisierten paranoiden Schizophrenie in einer therapeutisch betreuten Wohngruppe, in der er gut integriert war. Im Mai 2024 wurde bei ihm dann eine Spondylodiszitis der Brustwirbelsäule mit epiduralem Hämatom diagnostiziert. Dabei handelt es sich um eine Entzündung, die zu einer vollständigen Querschnittlähmung unterhalb des achten Brustwirbels führte. Zusätzlich bestehen eine neurogene, also vom Nervensystem ausgehende Funktionsstörung der Blase und des Mastdarms, sowie eine fortschreitende Spastik und Schwäche der Beinmuskulatur. Die oberen Extremitäten sind abseits einer leichten Einschränkung an der linken Hand überwiegend erhalten.

Im Verlauf der stationären Behandlung wurde bei dem Betroffenen zudem eine hochgradige Schlafapnoe festgestellt. Diese Störung entsteht, wenn sich der Rachenbereich aufgrund einer Muskeler schlaffung verengt oder sogar ganz blockiert und der Körper deshalb nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird. Inzwischen wird der Patient mit der Methode der nächtlichen CPAP-Therapie behandelt. Seine Ernährung erfolgt vollständig oral, ohne Hinweise auf Dysphagie (Schluckstörung) oder die Gefahr, dass ungewollt flüssige oder feste Stoffe oder Gemische direkt über die Mund- oder Nasenhöhle eindringen. Weiterhin wurde bei dem Betroffenen ein spezieller Blasenkatheter angelegt.

Trotz dieser erheblichen körperlichen Einschränkungen ist der Versicherte geistig wach, orientiert und kommunikativ. Er nimmt regelmäßig an therapeutischen Gesprächen teil, äußert sich angemessen zu seinem Befinden und zeigt keine Anzeichen akuter psychotischer Symptome. Psychiatrisch ist sein Zustand deshalb als stabil zu bewerten. Der Versicherte kann auch seinen Rollstuhl eigenständig nutzen und sich im Alltag in gewissem Maße selbst organisieren. Bei Transfers sowie bei der Körperpflege benötigt er jedoch regelmäßige pflegerische Unterstützung.

Krankenhausentlassung – und dann?

In seine alte Wohngruppe kann der Betroffene allerdings nicht zurückkehren, da die Einheit baulich nicht barrierefrei gestaltet ist und das notwendige pflegerische Fachpersonal für die komplexe körperliche Pflege nicht zur Verfügung steht. Gleichzeitig lehnen Pflegeheime oder andere betreute Einrichtungen die Aufnahme aufgrund der psychiatrischen Grunderkrankung ab.

Das Krankenhaus hat schließlich die Verordnung außerklinischer Intensivpflege vorgeschlagen, um eine soziale Fehlversorgung zu vermeiden. Eine auf diese Leistung spezialisierte Einrichtung wäre zur Aufnahme bereit – jedoch nur, wenn die Krankenkasse das genehmigt. Der Versicherte erfüllt allerdings die gesetzlich definierten Anspruchsvoraussetzungen für außerklinische Intensivpflege nicht. Bei ihm besteht kein dauerhafter intensivmedizinischer Überwachungsbedarf, akute lebensbedrohliche Komplikationen liegen ebenfalls nicht vor.

Fazit: Eine Versorgungslücke mit weitreichenden Folgen

Der Fall macht deutlich, dass es für bestimmte Personengruppen mit komplexem Unterstützungsbedarf, insbesondere bei einer Kombination aus neurologischer und psychiatrischer Grunderkrankung, keine passende Regelversorgung gibt. Weder psychiatrische Wohngruppen noch Pflegeheime können die dafür notwendigen Anforderungen erfüllen. Gleichzeitig ist die außerklinische Intensivpflege für diese Fallkonstellation rechtlich nicht vorgesehen, obwohl sie aktuell die einzige verfügbare Versorgungsform ist, um eine sichere Entlassung und Betreuung zu gewährleisten. Es besteht dringender Handlungsbedarf, um solche Lücken systematisch zu erkennen und Lösungen für Betroffene zu schaffen – sei es durch die Schaffung neuer Versorgungsmodelle, flexiblere gesetzliche Rahmenbedingungen oder gezielte Modellprojekte für interdisziplinäre Langzeitversorgung.

Herausforderung Potenzialerhebung

Die Potenzialerhebung nach dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) wurde eingeführt, um die Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege (AKI) gezielter, sicherer und patientenorientierter zu gestalten.

Ihre zentrale Idee ist, zu prüfen, ob eine Entwöhnung der Beatmung oder die Entfernung der Trachealkanüle möglich ist. Mit der Einführung dieser Vorgabe kamen auch die Umsetzungsprobleme. Denn schnell stellte sich heraus, dass die Menge an zugelassenen Ärztinnen und Ärzten für die Potenzialerhebungen nicht ausreichen und dass es für schwerstkranke Versicherte nicht möglich war diese Ärztinnen und Ärzte zu besuchen bzw. zu kontaktieren.

Diese Versorgungslücke hinsichtlich der Potenzialerhebungen führte dazu, dass Ausnahmeregelungen für die Erhebungen in Kraft traten. Seit dem 01. Juli 2025 ([Außerklinische Intensivpflege: Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung - Gemeinsamer Bundesausschuss](#)) erfolgt nun eine Unterscheidung zwischen den Versicherten mit bereits bestehendem Anspruch auf AKI („Bestandsfälle“) und dem erstmaligen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege („Neufälle“). Das bedeutet: Alle Versicherten mit einem neuen Anspruch brauchen eine Potenzialerhebung zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung, Entfernung der Trachealkanüle und oder Anpassung der Therapie für eine Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungsstrategie. Versicherte, die bereits einen Anspruch auf AKI haben, haben auch weiterhin einen Anspruch auf Prüfung des Potenzials, brauchen die Erhebung aber nicht zwingend für den weiteren Antrag auf AKI.

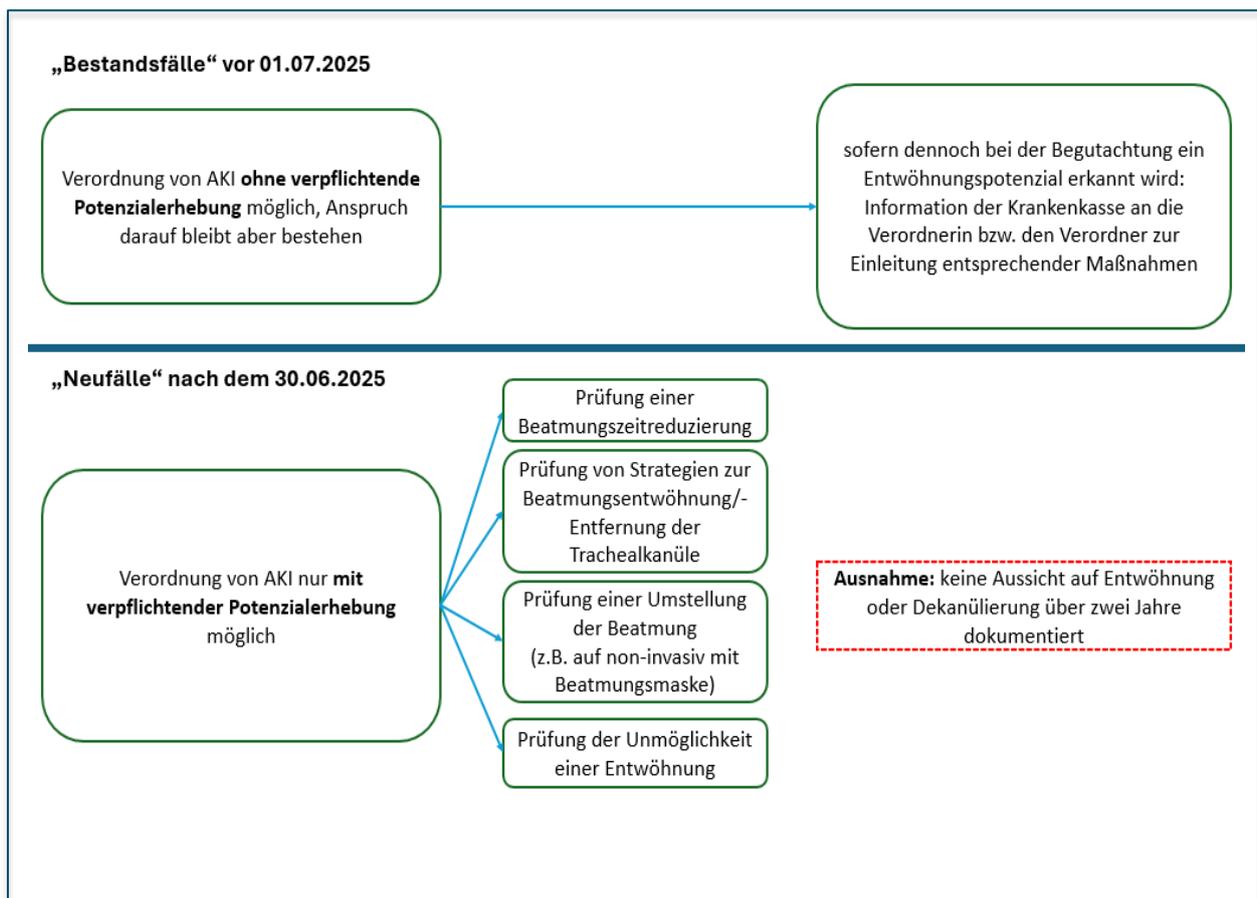


Abbildung 8: Workflow Potenzialerhebung, Quelle: eigene Darstellung

Besondere Situation für Kinder und Jugendliche

Eine besondere Versorgungssituation im Bereich AKI stellt sich für Kinder und Jugendliche dar. Hier liegt die Ablehnungsquote höher (17,9 Prozent) als bei Erwachsenen. Es tun sich hier andere Lücken in der Versorgung auf – hauptsächlich bedingt durch fehlende Kapazitäten, die eine Teilhabe der Betroffenen unmöglich machen.

Die Stimmung, sowohl bei Leistungserbringern als auch bei Eltern von Betroffenen ist angespannt. Zähe Auseinandersetzungen mit Behörden und Leistungsträgern tragen ihr Übriges dazu bei. Vor diesem Hintergrund ist die Begutachtung eine zusätzliche emotionale Herausforderung für die Betroffenen.

Gleichzeitig ist die außerklinische Intensivpflege derzeit oft die einzige Möglichkeit, pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen die Teilhabe an Kita und Schule zu ermöglichen. Nach den Bestimmungen der AKI-Richtlinie und der Begutachtungsanleitung erfüllen sie häufig aber nicht die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen.

Diese Konstellation sehen wir besonders bei Kindern mit Diabetes mellitus. Der für sie durch die Angehörigen gestellte Antrag bei der Eingliederungshilfe auf eine Schulbegleitung wird in den meisten Fällen abgelehnt und an die Krankenkasse weitergeleitet. Diese beauftragt dann den MD mit einer Begutachtung innerhalb der vorgegebenen Frist. Es beginnt ein langwährender und unklarer Prozess. Denn die meisten von Diabetes mellitus betroffenen Kinder erfüllen die formalen Anspruchsvoraussetzungen nicht. Gleichzeitig schaffen mögliche punktuelle Versorgungen im Rahmen der HKP-Leistungen für sie in der Regel nicht die nötigen Voraussetzungen, um in die Kita oder die Schule gehen zu können. Durch die Einrichtungen wird die Betreuung beziehungsweise Beschulung dann oft abgelehnt.

Was es braucht

Ein Lösungsansatz für diese Problematik ist der regelmäßige Austausch mit den Verordnerinnen und Verordnern. Denn dass die Versorgung von Kindern mit Diabetes mellitus grundsätzlich auch anders geht, zeigt das Land Nordrhein-Westfalen. Nach erfolgter Schulung durch einen Projektträger über mehrere Jahre ist dort seit dem 22. November 2024 eine neue Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Umsetzung eines Förderprogramms in Kraft getreten. Damit soll gezielt die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen, die an Typ-I-Diabetes erkrankt sind, reduziert und deren Teilhabe in Kita und Schule verbessert werden. Evaluiert werden die Prozesse und Strukturen im Rahmen eines Runden Tisches. Die Beteiligten ermitteln dort regelmäßig die konkreten Bedarfe der betroffenen Kinder und deren Eltern. Zugleich suchen sie nach Lösungen für die Klärung der Kostenübernahme. So entstehen dann Vereinbarungen zwischen den überörtlichen Sozialhilfeträgern und den Krankenkassen für eine pauschale Teilung der Kosten für die Schulbegleitung.

Das Beispiel Nordrhein-Westfalen zeigt, wie es funktionieren kann. Wenn es gelingt, die beteiligten Schnittstellen (Kranken- und Pflegekassen, Eingliederungshilfe) stärker in den Austausch zu bringen und die rechtlich geforderten Teilhabekonferenzen in Berlin-Brandenburg zeitnah umzusetzen, können dort Ideen für alternative Versorgungsangebote entstehen. So garantieren wir die Teilhabe aller betroffenen Kinder und Jugendlichen, fokussieren zugleich die Leistung der außerklinischen Intensivpflege auf jene, die ohne diese Versorgungsmöglichkeit keinerlei Teilhabe hätten.

Kinderschutz als Teil unserer Verantwortung

Selten, aber immer wieder sehen Kolleginnen und Kollegen bei der AKI-Begutachtung auch Anzeichen, die den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung entstehen lassen. In solchen Momenten ist besonnenes

Handeln von unseren Begutachtenden gefragt. Seit Anfang des Jahres 2024 haben wir deshalb in unserem Medizinischen Dienst klar strukturierte Abläufe bei Fällen von potenzieller Kindeswohlgefährdung etabliert. Dazu arbeiten wir mit der Kinderschutzhotline und den Jugendämtern in der Region zusammen. Auch bei solch einem sensiblen Thema nicht wegzuschauen, ist Teil unserer sozialmedizinischen Verantwortung.

07 Gemeinsam stark:

Das Netzwerk Außerklinische Intensivpflege

Eine gute Versorgung für Intensivpflegebedürftige setzt das Zusammenwirken aller Beteiligten voraus: Politik, Kranken- und Pflegekassen, Verordner, Leistungserbringer, Betroffenenverbände und Medizinischer Dienst. Aus dieser Überzeugung initiierten wir 2023 einen Runden Tisch Außerklinische Intensivpflege mit Vertreterinnen und Vertretern aus all diesen verschiedenen Interessengruppen.

Gemeinsame Zielstellung war die bestmögliche Versorgung der Versicherten in der Region durch Vernetzung, Vereinfachung der Prozesse und erleichterten Informationszugang. Mittlerweile ist ein ganzes Netzwerk und somit eine wichtige Dialogplattform gewachsen. Alle drei Monate kommen die Mitglieder zusammen.

Viele Perspektiven für eine gemeinsame Mission

Andere Medizinische Dienste bedienen sich ähnlicher Dialogformate. Der MD Bayern betreibt beispielsweise seit Mai 2024 eine Vortragsreihe mit Pflegediensten, Ärzteschaft, Krankenkassen und Politik. Besonders gewinnbringend sind dabei die vielen unterschiedlichen Perspektiven. Ärztinnen und Ärzte erläutern genauer ihre Verordnungen, während Pflegedienste die Sicht der Versorger widerspiegeln. Besonders wichtig sind die Stimmen aus den Patienten- und Betroffenenvertretungen. Sie zeigen den Blickwinkel der Pflegebedürftigen und Angehörigen auf – ihre Bedürfnisse, Ängste und Sorgen. Organisationen wie der Sozialverband VdK, die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft oder die Interessenvertretung Selbstbestimmt leben in Deutschland e. V. sind daher ein integraler Bestandteil unseres Netzwerks. Hinzu kommen Vertreterinnen und Vertreter aus bundesweiten Fachstellen und zivilgesellschaftlichen Stiftungen.

Unsere Perspektive ist die der Begutachtung. Im Dialog stellen wir transparent dar, auf welcher Grundlage unsere Kolleginnen und Kollegen ihre Entscheidungen fällen und welche Kriterien ausschlaggebend für die Bewertung sind. Außerdem blicken wir im Netzwerk gemeinsam auf Auftragszahlen und deren Verteilung.

Das Netzwerk ist für die Beteiligten eine wichtige Plattform für fachliche Diskussionen. Immer wieder geht es zum Beispiel um Möglichkeiten der Therapieoptimierung für die Intensivpflegebedürftigen. Bei solchen Fragen ist besonders der Austausch mit den Leistungserbringern gewinnbringend. Expertinnen und Experten der Fachärzteschaft, zum Beispiel aus der Kassenärztlichen Vereinigung, können dann ihre Erfahrungen aus der stationären und ambulanten Versorgung teilen.

Ein Pfeiler in der Versorgungslandschaft

Für das zurückliegende Jahr 2024 kann ein positives Fazit gezogen werden. Aus einem anfänglichen Abtasten im Netzwerk wurde ein produktiver, organisationsübergreifender Austausch. Gemeinsam konnten Prozessverbesserungen detektiert und angegangen werden. Problemfelder wie die Potenzialerhebungen und alternative Versorgungsstrukturen außerhalb der AKI wurden fortlaufend thematisiert und optimiert.

Oft bilden Begegnungen bei den Netzwerktreffen den Ausgangspunkt für weitere persönliche Termine – auch mit Verantwortlichen in der Politik. Immer wieder bringen wir in entsprechenden Gesprächen mit Verantwortlichen unsere Erfahrungen ein. Anfang 2025 waren wir dafür im Bundesministerium für Gesundheit und machten dort auf die von uns beobachteten strukturellen Mängel und Lücken in der AKI-Versorgungslandschaft aufmerksam. Langfristig wollen wir gesetzliche Verbesserungen für die Versicherten und ihre Angehörigen erreichen.

Durch die Netzwerktreffen ist es gelungen, die Prozesse bei den anderen Beteiligten (Kranken- und Pflegekassen, Verordner, Leistungserbringer) besser zu verstehen. Gleichzeitig konnten der MD die Abläufe auf Basis der bestehenden Richtlinie und der Begutachtungsanleitung verdeutlichen. Dieses gemeinsame Verständnis erleichtert die Zusammenarbeit.

Inzwischen ist unser Netzwerkformat in der regionalen AKI-Landschaft nicht mehr wegzudenken – wobei auch bundesweit agierende Organisationen teilnehmen und das Wissen so deutschlandweit multiplizieren. Praktisch alle involvierten Akteure nutzen das Netzwerk als Dialogforum. Das ist deshalb wichtig, weil die Außerklinische Intensivpflege ein noch verhältnismäßig junges Themenfeld ist. Einige Prozesse spielen sich gerade noch ein. Die Beteiligten begreifen das Netzwerk als Raum des gemeinsamen Lernens, mit dem Ziel, die Versorgung mit Außerklinischer Intensivpflege kontinuierlich zu verbessern. Egal aus welchem Blickwinkel: alle sehen im Mittelpunkt das Wohl und die Sicherheit der Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind.

Infobox

Was hat sich aus dem Austausch im Netzwerk bereits ergeben?

- Gutachten wurden dahingehend weiterentwickelt, die pflegerischen Bedarfe der Versicherten detaillierter abzubilden. Dadurch sind die Kassen schneller in der Lage, in ihrem internen Case-Management die Versorgungsstrukturen zu etablieren.
- Der Austausch mit den Verordnern verläuft direkter und schneller. Teilweise finden fallbezogene Telefonate und Videokonferenzen statt.
- Die Plattform schafft auch gegenüber den Betroffenenvertretungen Transparenz, was die rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen für die Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege betrifft. Für sie gibt es auch Ansprechpersonen aus unserem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg, um Unsicherheiten bei Fällen zu beseitigen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Praxis der Verordner genauer analysiert, um möglichen Schulungsbedarf im Umgang mit den Ausfüllhilfen für die Formulare 62A/B/C aufzudecken.
- Für Verordner sind Schulungen im Rahmen von MD im Dialog angedacht.

Sie möchten sich am Austausch im Netzwerk beteiligen? Melden Sie sich gern per Mail an netzwerk.aki@md-bb.org.

08 Exkurs:

Außerklinische Intensivpflege im Licht der Medizinethik und der wirtschaftlichen Realität

Uns als Gesellschaft stellt die außerklinische Intensivpflege vor komplexe ethische und wirtschaftliche Fragen. Einerseits geht es um das Leben, die Würde und Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten, die zum Teil schwerstkrank sind. Zeitgleich sind mit dieser besonders aufwändigen Form der Pflege finanzielle und organisatorische Herausforderungen verbunden.

Der Mensch im Mittelpunkt

Die Würde des Menschen ist im ersten Artikel des Grundgesetzes verankert. Sie zu schützen und zu achten bedeutet, dass jeder Mensch in seiner Einzigartigkeit und Autonomie respektiert wird - unabhängig von seinem gesundheitlichen Zustand. Einen Artikel später schreibt unser Grundgesetz auch den freien Willen als Teil der Entfaltung der Persönlichkeit fest. Eingriffe in die Freiheit, eigene Entscheidungen über Lebensstil und Weltanschauung zu treffen, können deshalb auch die Menschenwürde verletzen.

Nicht immer ist der Wille klar

Damit stellt sich die Frage: wie kann der Wille von Menschen festgestellt werden, die aufgrund von Bewusstlosigkeit, neurologischen oder kognitiven Einschränkungen nicht direkt äußern können, was sie eigentlich möchten? In diesen Fällen wird zunächst nach Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten oder früheren Äußerungen gesucht. Liegen solche nicht vor, dann müssen Angehörige den mutmaßlichen Willen eruieren. In besonders komplexen Konstellationen braucht es dafür ein Fallgespräch unter Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und Ethikberaterinnen und -beratern. Auch Entscheidungen, die dort gefällt werden, müssen stets das individuelle Lebensbild der Betroffenen berücksichtigen und dürfen sich nicht allein an medizinischen Fakten orientieren.

Häufig stellen wir bei der Begutachtung am Leistungsort jedoch fest, dass die Achtung der Würde des Menschen und die strukturierte Ermittlung des Patientenwillens nicht ausreichend umgesetzt sind. Betroffene werden dann in einem Umfeld versorgt, das nicht immer ihrer Würde und den ethischen Leitlinien entsprechen. Umso mehr muss die in § 5 der AKI-Richtlinie festgeschriebene strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens in der Praxis mehr Beachtung finden!

Die Frage nach dem würdevollen Leben

Hinter der Frage, wie der mutmaßliche Patientenwille zuverlässig ermittelt werden kann und wie er in konkreten therapeutischen Entscheidungen umgesetzt werden sollte, steht noch eine weitere, fundamentale ethische Frage: Was ist eigentlich ein Leben in Würde? Wie ist es zu bewerten, wenn ein Mensch im Wachkoma liegt, bei dem vordergründig keine Möglichkeit der Kontaktaufnahme besteht und auch kein Besuch von Angehörigen oder anderen Menschen erfolgt, und bei dem die Prognose sehr ungünstig ist? Nicht wenige solcher Fälle gibt es in der AKI-Versorgung.

Aus medizinethischer Perspektive muss abgewogen werden, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang die Versorgung solcher Patientinnen und Patienten sinnvoll und würdevoll ist. Der Umgang mit ihnen wirft grundlegende Fragen nach Sinn und Zweck von Intensivpflege auf. Lebensqualität und Menschenwürde sind dabei vielschichtige Phänomene, die durch die Behandelnden im Dialog mit den Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen sorgsam abgewogen werden müssen.

Bei einer umfassenden ethischen Abwägung spielt zusätzlich die Frage der Verhältnismäßigkeit eine Rolle. Es wäre zu klären, bis zu welchem Umfang die Solidargemeinschaft bereit und in der Lage ist, hohe personelle, technische und finanzielle Ressourcen in die Intensivpflege von Menschen zu investieren, deren Zustand sich voraussichtlich nicht verbessern wird. Dies wird insbesondere dann relevant, wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt sind, so dass abgewogen werden muss, wie die Bedarfe von intensivpflegebedürftigen Menschen mit den Bedarfen anderer versorgungsbedürftiger Menschen im Gesundheitswesen in Einklang gebracht werden können. Letztlich können diese Fragen nur gesamtgesellschaftlich diskutiert und einer Lösung zugeführt werden.

Zwei Seiten der Medaille

Die Gleichzeitigkeit medizinischer, ethischer, sozialer und wirtschaftlicher Fragestellungen ist eine der größten Herausforderungen in der AKI-Praxis. Diese Aspekte bilden den komplexen Hintergrund der sozialmedizinischen Begutachtung, wenngleich hier der Fokus klar auf sozialmedizinische Bewertungskriterien und Qualitätsaspekte der Leistungserbringung beschränkt ist.

Die Entscheidung, in welcher Art und in welchem Umfang außerklinische Intensivpflege im Gesundheitssystem zur Verfügung stehen soll, muss im kontinuierlichen politischen Willensbildungsprozess immer wieder überprüft werden. Jede Gesellschaft muss die aufgeworfenen Fragen für sich beantworten und daraus einen tragfähigen Weg ableiten. Am Ende muss es gelingen, in Anbetracht medizinischer, sozialer, ethischer und ökonomischer Erfordernisse eine würdevolle, gerechte Versorgung aller Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

09 Ausblick auf die Außerklinische Intensivpflege:

Auch in Zukunft sicher für Patientinnen und Patienten

Bereits vor seinem Inkrafttreten wurde das IPReG aufmerksam und zum Teil kritisch begleitet. Besonders Vertreterinnen und Vertreter aus Betroffenenorganisationen befürchteten, dass sich die Lebenssituation von Menschen mit einem hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege durch das Gesetz verschlechtern könnte.

Aus der bisherigen Erfahrung des Medizinischen Dienstes mit der außerklinischen Intensivpflege in Berlin und Brandenburg lässt sich jedoch ein überwiegend positives Fazit ziehen. Unsere Gutachterinnen und Gutachter stellen in der Mehrzahl der Fälle fest, dass die Versorgung vor Ort sicher und in hoher Qualität erfolgt. Viele Leistungserbringer und verordnende Ärztinnen und Ärzte arbeiten zuverlässig, professionell und im Sinne einer bestmöglichen Patientenversorgung.

Probleme erkennen und gemeinsam lösen

Auffälligkeiten, insbesondere wenn sie struktureller Natur sind, werden von den Gutachterinnen und Gutachtern dokumentiert und unmittelbar angesprochen. Auf diese Weise entsteht für die zuständige Krankenkasse ein transparentes Bild der individuellen Versorgungssituation. Dies ermöglicht es, gemeinsam mit der versicherten Person und ihren Angehörigen gezielt Verbesserungen umzusetzen – beispielsweise durch das Schließen von Versorgungslücken mittels Zielvereinbarungen.

Strittige Fälle werden zusätzlich im interdisziplinären Team der Abteilung besprochen. Die daraus resultierenden Erkenntnisse und Empfehlungen übermitteln wir an alle relevanten Entscheidungsinstanzen – darunter Kranken- und Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen sowie politische Behörden. Ein wichtiger Teil unserer Arbeit besteht aber auch darin, öffentlich für das Thema zu sensibilisieren. Das tun wir mit dem vorliegenden Bericht und weiteren geplanten Fachartikeln.

Einsatz von allen Seiten erforderlich

Unsere Hochrechnung von 1.650 Aufträgen für 2024 hat sich bestätigt. Für 2025 rechnen wir mit einer weiteren Steigerung, da zahlreiche AKI-Fälle erstmals vorgelegt werden. Daher optimieren wir im Zusammenspiel zwischen Begutachtungs-, Assistenz- und Führungskräften kontinuierlich unsere Abläufe, um auch künftig jedem Einzelfall gerecht zu werden und unsere Fachkompetenz zum Wohl der intensivpflegebedürftigen Menschen bestmöglich einzubringen.

Die Arbeit zeigt: Während sich der überwiegende Anteil der Versorgung qualitativ hochwertig gestaltet, bestehen nach wie vor strukturelle Versorgungsdefizite in bestimmten Bereichen. Um diese nachhaltig zu schließen, braucht es entschlossenes Handeln. Nur durch ein koordiniertes Vorgehen aller Beteiligten – Leistungserbringer, Kostenträger, Fachkräfte und auch Politik – kann gute Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege langfristig sichergestellt werden.

Infobox



Vielen Dank für Ihr Interesse an diesem Bericht. Unser Team ist für alle Fragen und Belange rund um das Thema Außerklinische Intensivpflege erreichbar unter [030-2020233549](tel:030-2020233549) und per Mail an aki@md-bb.org. Wir freuen uns auf den Austausch mit Ihnen.

Impressum

Versorgungsbericht zur Außerklinischen Intensivpflege:
Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Begutachtung durch den
Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg

Herausgeber:

Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg
Schlaatzweg 1
14473 Potsdam

Telefon: 030 202023-1000
E-Mail: kommunikation@md-bb.org
Internet: www.md-bb.org

Autorinnen/Autoren:

Edith Alarcon-Drüge
Dr. Ina Jovanovic
Dr. Yvonne Käutner-Nagel
Marius Estel

Review:

Dr. Birgit Heukrodt
Dr. Claudia Druschel
Annekatriin Kranepuhl
Dr. Ernst Seiffert
Dr. Axel Meeßen

Daten:

Bereich Berichtswesen/Sozialmedizinische Datenanalyse

Grafiken:

siehe Autorinnen/Autoren