



GKV-Spitzenverband

Gernot Kiefer
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR

Dr. Andreas Gassen
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Zur Kenntnisnahme:

Bundesministerium für Gesundheit
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Bundesamt für Soziale Sicherung
Gemeinsamer Bundesausschuss

Korrespondenzadresse:

Dr. Paul Diesener
Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V.
Härtenweg 1
88662 Überlingen
kontakt@dysphagienetzwerk.de

Überlingen, 1. Dezember 2022

Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung mit Außerklinischer Intensivpflege

Anmerkungen zur Richtlinienkonformen Umsetzung der neu eingeführten Formulare 62A (Erhebung des Entwöhnungspotenzials) und 62B (Verordnung von AKI)

Sehr geehrter Herr Kiefer,
sehr geehrter Herr Dr. Gassen,

die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) haben am 28.06.22 in ihrer 65. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung die Formulare für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI) (Formular 62B), für das Ergebnis des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials (Formular 62A) und den Behandlungsplan (Formular 62C) bekannt gegeben.

Die Formulare berücksichtigen weitgehend die Anforderungen aus § 6 (1) und (5) bzw. § 5 (1), (5), (6) und (8) bis (10) der Richtlinie des G-BA über die Verordnung von AKI (AKI-RL) vom 19.11.2021. An einzelnen Stellen wurden die Regelungen jedoch im Widerspruch zur AKI-Richtlinie oder zumindest missverständlich umgesetzt. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass Ärztinnen und Ärzte auf den Formularen Angaben entgegen der vorgesehenen ärztlichen Behandlung und zu Lasten der Versicherten machen, weil den Beteiligten der Wortlaut des § 37C SGB V, der AKI-RL und der zugehörigen Tragenden Gründe nicht vollumfänglich präsent ist. Wir halten daher eine Präzisierung der Formulare und der Erläuterungen an den nachfolgend aufgeführten Stellen für erforderlich.

1. Zu Formular 62B (Weitere Hinweise, grüne Ziffern 9 und 10) und Formular 62A (Ergebnis der Erhebung, grüne Ziffern 5 und 6)

Während § 37c (1) SGB V in Satz 6 verlangt, dass vor jeder Verordnung von AKI nur das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung zu erheben ist, führt die AKI-RL des G-BA insbesondere in den §§ 2 und 5 als Ziel der AKI und der Potenzialerhebung auch die Verbesserung der Versorgungsqualität, von Funktionsbeeinträchtigungen und der Lebensqualität auf. Im Formular 62B, Absatz III. „Weitere Hinweise“ wird im ersten Absatz (grüne Ziffer 9) unmissverständlich der Modus beschrieben, mit dem die regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ausgesetzt werden kann. Die Formulierung „ist nicht mehr angezeigt“ bezieht sich hier richtigerweise auf „regelmäßige Erhebung“, also auf den Rhythmus. Im Absatz darunter (grüne Ziffer 10) ist der Bezug auf den zeitlichen Rhythmus jedoch nicht mehr erkennbar, und es entsteht im mittleren Kästchen („sind nicht mehr angezeigt“) der Eindruck, als sei aus ärztlicher Sicht eine Erhebung „zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität“ nicht mehr angezeigt.

Verordnende Vertragsärztinnen und -ärzte können diesen Fall nicht ankreuzen, weil ärztlichem Ethos sowie den Grundsätzen des SGB V (z.B. § 27) widersprechend. Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte werden dadurch gezwungen, im ersten Kästchen „sind weiterhin angezeigt“ anzugeben, sofern vom Versicherten nicht ausdrücklich widersprochen wird. Damit wird die Regelung nach § 5 Absatz 6 Satz 1 AKI-RL umgangen, wonach zur Vermeidung gesundheitlicher Belastungen für den Versicherten, weitere Erhebungen als Verordnungsvoraussetzung entbehrlich sind, wenn langfristig kein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial zu erwarten ist. Weitere Erhebungen zu jeder Verordnung sind in diesen Fällen nach § 5 Absatz 6 Satz 3ff nur dann angezeigt, wenn die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt weitere Erhebungen veranlasst, der Versicherte weitere Erhebungen wünscht oder dem Medizinischen Dienst ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt.

Durch die gewählten Formulierungen unter Ziffer 10 auf Formular 62B ist es den verordnenden Ärztinnen und Ärzten nicht möglich, im Interesse der Versicherten den Rhythmus verpflichtender Erhebungen vor jeder Verordnung auszusetzen. Die Formulierung nach Angabe 3 „werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht“ kehrt zudem den in § 5 Absatz 6 Satz 3 AKI-RL formulierten Leistungsanspruch des Versicherten um (*der Versicherte kann trotz nicht vorhandenem Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial weitere Erhebungen beanspruchen*). Hierdurch würde bei Ankreuzen im dritten Kästchen der Eindruck mangelnder Kooperationsbereitschaft auf Seiten der Versicherten vermittelt, was nachfolgend irrtümlicherweise als Begründung für mögliche Leistungskürzungen angeführt werden könnte.

Folgende Formulierung können dieses Dilemma vermeiden und bedarfsgerechte Angaben entsprechend der Regelungsinhalte der AKI-RL ermöglichen:

III. Weitere Hinweise

(...)

Eine Erhebung nach Formular 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

- ist zur nächsten Verordnung angezeigt
- ist zur nächsten Verordnung entbehrlich
- wird vom Patienten zur nächsten Verordnung gewünscht

Um die Angaben unter Ziffer 10 bedarfsgerecht auswählen zu können, sind die verordnenden Ärztinnen und Ärzte auf entsprechende Angaben im Erhebungsbogen angewiesen. Im Formular 62A wären daher

die Vorgaben unter Ziffer 6 ebenfalls wie oben ausgeführt anzupassen. Weitere Erhebungen zum Zweck der Therapieoptimierung, die unabhängig vom Verordnungsrhythmus durchgeführt werden, bleiben von den Angaben auf den Formularen 62A und 62B unberührt.

2. Zu Formular 62Ba.2/E (Antrag des Versicherten auf AKI, Angabe der Leistungsorte)

Die hier vorgenommene Auflistung von Orten, für die AKI beantragt wird, ist angelehnt an die Aufzählung in § 37c (2) Satz 1 Ziffer 1.-4. SGB V. Während hier unter Ziffer 4. hinter der Formulierung „an einem geeigneten Ort“ eine beispielhafte und demzufolge unvollständige Auflistung folgt, heißt es im Formular hinter der Aufzählung spezieller Orte nur „in einer sonstigen Einrichtung“. Da sich gemäß § 37c (1) Satz 1 und 2 der Anspruch auf AKI ausschließlich am „hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ definiert, besteht dieser an jedem Ort, an dem versicherte Personen sich aufhalten und der für die Versorgung mit AKI geeignet ist. Die Begrenzung auf Wohnformen und Einrichtungen erweckt den Eindruck, dass sonstige „geeignete Orte“ i.S. von § 37c (2) Satz 1 Ziffer 4. ausgeschlossen sind. Auf Seiten der Leistungserbringer kann diese Beschränkung auf ausgewählte Wohnformen und Einrichtungen auch Haftungsfragen aufwerfen, wenn der Leistungsauftrag „sonstige geeignete Orte“ nicht einschließt. Auf Seiten der Patientinnen und Patienten entsteht so der Eindruck, dass eine Verordnung über AKI deren Aufenthaltsbestimmungsrecht einschränkt.

Die Formulierung könnte auch zur Haftung der Selbstverwaltungskörperschaften führen, da sie den gesetzlichen (§ 37c SGB V) und den untergesetzlichen (AKI-Richtlinie des G-BA) Anspruch der Patientinnen und Patienten negiert.

Folgende Ergänzung kann dieses Dilemma vermeiden:

Formular 62Ba.2/E „Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege“

...

an sonstigen geeigneten Orten

3. Zu Formular 62B (Erforderlicher Leistungsumfang der AKI, grüne Ziffer 8)

§ 6 (1), Satz 1 Ziffer 11. fordert die Angabe des Leistungsumfangs im Verordnungsvordruck seitens der verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte.

Hier ist eine Präzisierung erforderlich, da der § 37c SGB V in Absatz 1 Satz 1 und 2 den Anspruch von Versicherten auf AKI unmissverständlich daran knüpft, dass „die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft ... erforderlich ist“. Diese Aussage wird in § 1 (1) Satz 2 und § 4 (1) Satz 1 der AKI-RL wiederholt und konkretisiert. Der Leistungsanspruch ist damit im Regelfall an einen Versorgungsbedarf von 24 Std./Tag gebunden. Nur in medizinisch begründeten Einzelfällen kann insbesondere bei nicht beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten der Versorgungsbedarf auch weniger als 24 Std./Tag umfassen. In diesen Fällen muss die medizinische Begründung für den zeitlich begrenzten Versorgungsbedarf daher aus den Angaben unter Absatz I. „Klinischer Status“ und ggf. den hier vorgesehenen Freitexteingaben zweifelsfrei hervorgehen. Andernfalls kann eine Ablehnung der verordneten Leistungen nach Prüfung durch die zuständige Krankenkasse nicht ausgeschlossen werden, da das Erfordernis der ständigen Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist.

Ebenso ist ein ergänzender Hinweis erforderlich, dass die ggf. von An- und Zugehörigen angestrebte Übernahme von Leistungen nicht zu einer Minderung des verordneten Leistungsumfangs führt, sondern im Antrag des Versicherten auf Seite 2 des Leistungsformulars (Formular 62Ba.2/E) anzugeben ist.

Auch hier kann ein irrtümlich eingetragener verminderter Stundenumfang Leistungskürzungen zu Lasten der Versicherten begründen.

In Fällen, in denen der medizinisch begründete Leistungsumfang weniger als 24 Std./Tag umfasst, kann darüber hinaus der tägliche Versorgungsbedarf im Verordnungszeitraum variieren. Hierfür sind ergänzende Eintragungen für Std./Woche oder Std./Monat vorzusehen. Andernfalls kann eine bedarfsgerechte Verordnung des erforderlichen Leistungsumfangs nicht gewährleistet werden.

Folgende Ergänzungen unter Ziffer 9 der Erläuterungen zu Formular 62B können Missverständnisse und mögliche juristische Auseinandersetzungen über den medizinisch erforderlichen Leistungsumfang vermeiden:

Ein Leistungsumfang von weniger als 24h/Tag ist medizinisch begründeten Einzelfällen vorbehalten.

Sofern An- und Zugehörige die Übernahme von Leistungen anstreben, ist dies im Antrag des Versicherten auf Blatt 2 von Formular 62Ba.2/E einzutragen. Der verordnete Leistungsumfang bleibt hiervon unberührt.

Auf dem Formular 62B wäre für die bedarfsgerechte Verordnung der erforderlichen Leistungen unter Absatz II. folgender Eintrag zu ergänzen:

Erforderlicher Leistungsumfang der AKI Stunden je Woche/Monat (nur bei vermindertem Stundenumfang)

Ergänzend wäre ein Freitextfeld einzufügen (z.B. „nächtliche Beatmung notwendig“)

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie bei Überprüfung der Formularvorlagen den aufgeführten Hinweisen im Interesse der verordnenden Ärzte und der Versicherten Rechnung tragen.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Für die oben Genannten

gez. Dr. med. Paul Diesener