

27.11.2025

Begutachtung und Bewilligung von Außerklinischer Intensivpflege – Wie lassen sich Probleme lösen und vermeiden?

Inhalt

1. Aktuelle Situation für Personen mit AKI-Bedarf	2
2. Grundannahmen, Abgrenzung zu anderen Pflegebedarfen	3
3. MD-Begutachtung	5
4. Bewilligung, Ablehnung, Argumente zur Widerspruchsbegründung	7
5. Alles anders?! AKI im Persönlichen Budget	11
6. Quellen	12

Wichtig

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir als pädagogisches Team keine verbindliche Rechtsberatung und/oder medizinische bzw. therapeutische Aussagen erbringen und dass wir immer auch eine rechtliche Beratung oder Vertretung durch zugelassene Anwälte*innen (vorzugsweise Fachanwälte*innen für Sozialrecht) empfehlen. Betrachten Sie unsere Hinweise darum als grundsätzliche Hinweise.

1. Aktuelle Situation für Personen mit AKI-Bedarf

Insbesondere Personen ohne Beatmung oder Trachealkanüle haben aktuell Schwierigkeiten, außerklinische Intensivpflege bewilligt zu bekommen. Diesen Menschen drohen Versorgungslücken oder gar -abbrüche.

Krankenkassen agieren zum Teil so, dass sie immer nur stückweise für kleine Zeiträume Kostenzusagen herausgeben. Versicherte und Pflegedienste erleben dadurch Planungsunsicherheit. Zusätzlich besteht weiterhin ein Mangel an entsprechend qualifiziertem Personal, u. a. an verordnenden Ärzt*innen.

Der GBA (Gemeinsame Bundesausschuss) befasst sich derzeit noch einmal damit, dass viele Menschen aus der AKI-Versorgung herausfallen, und ist beauftragt, eine alternative Auffangregelung zu schaffen. Dies ist aber noch nicht geschehen. Parallel entsteht durch einzelne Klagen eine Rechtsprechung zu dem Thema, die neue Orientierung schaffen wird.

In dieser Lage ist es (leider) an Ihnen, liebe Betroffene und Angehörige, sich für die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung stark zu machen. Sie benötigen hierfür Wissen, spezialisierte Beratung und juristische Vertretung.

Um Ihnen Wissen zu vermitteln, haben wir in diesem Dokument viele wichtige Informationen möglichst verständlich und übersichtlich zusammengestellt. Bitte beachten Sie jedoch, dass dieses Dokument von Nicht-Jurist*innen erstellt wurde und nur einer Orientierung dient.

Eine **juristische Beratung und Vertretung** ist beim Thema AKI (schon aufgrund der Leistungshöhe) dringend zu empfehlen.

Wir empfehlen zudem stets, auch zur Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. (ISL) Kontakt aufzunehmen, Ihre Probleme dort zu melden und sich beraten zu lassen.

To do

- **Informieren Sie sich**, zum Beispiel mit diesem Dokument oder mit Hilfe anderer Quellen (einige finden Sie im Anhang).
- **Überprüfen Sie jetzt Ihre Pflegedokumentation**, ob hinreichend (beginnende) Notsituationen und AKI-relevante Handlungen dokumentiert sind. Sorgen Sie dafür, dass die für die Bewilligung wichtigen „behandlungspflegerischen Interventionen“ bereits bei der kleinsten Handlung in der Dokumentation auftauchen.
- Um später keine Zeit zu verlieren, **planen Sie jetzt, welche Fachanwaltskanzlei** für Sozialrecht Sie im Falle von Problemen kontaktieren und wie dies finanziert werden soll. Wenn Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich gerne an uns.
- **Nehmen Sie Kontakt zum ISL e.V. auf** (siehe nächste Seite).

Kontakt

Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. (ISL) sammelt und veröffentlicht anonymisiert bundesweit Berichte und Problemanzeigen von Betroffenen zur Situation der außerklinischen Intensivpflege (AKI). Diese Erfahrungsberichte sind entscheidend, um Versorgungsprobleme sichtbar zu machen und eine gezielte Interessenvertretung gegenüber Politik und Sozialversicherungsträgern zu ermöglichen. Die ISL steht hierzu im engen Austausch mit anderen maßgeblichen Behindertenverbänden und Selbstvertretungsorganisationen, um gemeinsam für Verbesserungen in der AKI-Versorgung einzutreten.

Im Rahmen des Projekts „Das Recht auf Außerklinische Intensivpflege – Begleitung und Umsetzung aus Betroffenenperspektive“ bietet die ISL ein umfassendes Unterstützungsangebot: Neben einer Hotline für kostenfreie Erstberatung gibt es Online-Veranstaltungen, Peer-Support und individuelle Beratungen. **Das Projektteam vermittelt auf Wunsch auch spezialisierte Fachanwält*innen für Fragen rund um die außerklinische Intensivpflege.**

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL
Bundesgeschäftsstelle
Leipziger Straße 61
10117 Berlin

Telefon: 030 235 935 198
Beratungstelefon zur Außerklinischen Intensivpflege:
030 235 935 199
E-Mail: aki@isl-ev.de
AKI-Projekt-Website: www.leben-mit-aki.de

2. Grundannahmen, Abgrenzung zu anderen Pflegebedarfen

Die Voraussetzungen für **außerklinische Intensivpflege (nach § 37c SGB V)** sind erfüllt, wenn folgende Bedingungen zutreffen:

- Es gibt eine AKI relevante ICD-Diagnose.
- Die Vitalfunktionen müssen dauerhaft überwacht werden.
- Lebensbedrohliche Situationen treten (vorausschauend betrachtet) mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar auf, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Deshalb ist die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft erforderlich, die im Notfall mit entsprechenden Maßnahmen eingreifen oder die Notfälle durch präventive Maßnahmen verhindern kann. Punktueller Leistungen der Behandlungspflege sind nicht ausreichend.
- Die zu pflegende Person kann die erforderlichen Maßnahmen nicht selbst durchführen.

Lebensbedrohliche Situationen

Lebensbedrohliche Situationen müssen nicht tatsächlich täglich auftreten. Ausreichend ist, dass sie voraussichtlich sehr wahrscheinlich täglich auftreten können. Treten sie seltener als täglich auf, muss der MD im Einzelfall prüfen, ob die Voraussetzungen trotzdem gegeben sind, und im Gutachten vorrangig Art und Häufigkeit sowie Symptome und Maßnahmen beschreiben.

„Es geht weniger um die Kontinuität von Verrichtungen wie „Absaugen“ etc., sondern um die Notwendigkeit individueller Kontrolle und Einsatzbereitschaft im krankheitsspezifischen und individuellen Fall. Ferner geht es um die Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifen-Könnens zur Verhinderung eines möglichen, auf der Erkrankung basierenden, Risikos mit Gefahr für Leib und Leben sowie des vulnerablen Zustandes der betroffenen Person“ (Handreichung des ISL e. V., S. 10, s. Quellen).

Begriffsklärung/Abgrenzung der verschiedenen Pflegebedarfe

Außerklinische Intensivpflege (nach §37c SGB V und AKI-RL) beinhaltet eine ständige Anwesenheit zur Überwachung von Personen, die potenziell täglich in lebensbedrohliche Situationen kommen und sofortige Interventionen brauchen. Durchgeführt wird die AKI durch besonders qualifizierte Pflegefachkräfte der außerklinischen Intensivpflege. Kostenträger ist die Krankenversicherung.

Grundpflege (nach SGB XI) beinhaltet im Wesentlichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und die hauswirtschaftliche Versorgung. Der Bedarf an Grundpflege stellt sich in der Einstufung in einem Pflegegrad dar. In den Pflegegraden 4 und 5 ist oftmals eine aufwendige Grundpflege und Betreuung notwendig (u. a. Erwachsene in Phase F). Grundpflege kann durch Pflegekräfte oder Laien durchgeführt werden. Der Kostenträger ist die Pflegeversicherung.

Medizinische Behandlungspflege (nach §37 SGB V und HKP-RL) beinhaltet Maßnahmen zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung. Sie wird meist nur zu bestimmten Zeitpunkten benötigt und ist in diesen Fällen planbar (z. B. Gabe von Medikamenten, Stoma-Versorgung, Inhalation). Sie wird durch examinierte Pflegekräfte durchgeführt. Der Kostenträger ist die Krankenversicherung.

Medizinische Behandlungspflege als Krankenbeobachtung über bis zu 24 Stunden täglich (nach §37 SGB V) kann heute, obwohl diese Leistung in der Richtlinie für häusliche Krankenpflege (HKP-RL) nicht mehr vorgesehen ist, in Einzelfallentscheidungen wieder bzw. immer noch bewilligt werden. Wenn die Anspruchsvoraussetzungen für AKI nach §37c SGB V knapp nicht erfüllt sind, muss hilfsweise eine solche Krankenbeobachtung nach §37 SGB V geprüft werden (siehe auch Tabelle in Kapitel 4).

Wichtig

Sollte ein Bedarf an AKI für 24 Stunden pro Tag bestehen und ein Pflegegrad vorliegen, entstehen automatisch **Zeiten, in denen gleichzeitig AKI und Grundpflege stattfinden**. Hier gibt es 2 Fälle:

1. Beim Bezug von Pflegesachleistung erbringt ein **Pflegedienst** in der Regel beides - also die AKI und die Grundpflege. In diesem Fall muss sich die Pflegekasse an den Kosten der 24-Stunden-Versorgung beteiligen. Geregelt ist das in der Kostenabgrenzungsrichtlinie. Es handelt sich dabei ausschließlich um eine Regelung zur Verteilung der Kosten, eine Kürzung der 24-Stunden-AKI-Versorgung ist unzulässig. Dies gilt auch entsprechend anteilig beim Bezug von Kombinationsleistung. Achtung: bei dieser Konstellation können hohe Eigenanteile entstehen, da die Pflegekasse nicht alle Kosten deckt.
2. Beim Bezug von Pflegegeld erbringen pflegende Angehörige die Grundpflege selbst und ein Pflegedienst teilweise gleichzeitig die AKI. Die **pflegenden Angehörigen** erhalten das Pflegegeld und die Krankenversicherung bezahlt den Pflegedienst, der 24 Stunden AKI erbringt. In diesem Fall findet die Kostenabgrenzungsrichtlinie keine Anwendung und auch in diesem Fall ist eine Kürzung der 24-Stunden-AKI-Versorgung unzulässig.

Ein Bedarf an AKI kann auch für weniger als 24 Stunden pro Tag vorliegen (z. B. nur nachts oder nur zur Schulbegleitung). Der notwendige zeitliche Umfang wird bei der MD-Begutachtung individuell geprüft. Wenn AKI nur nachts verordnet wird, kann ein zusätzlicher Anspruch auf punktuelle Maßnahmen der Behandlungspflege tagsüber bestehen. Diese müssen dann über die HKP-Richtlinie separat verordnet werden. Anspruch auf Grundpflege besteht zusätzlich, wenn ein Pflegegrad vorliegt.

3. MD-Begutachtung

Die MD-Begutachtung wird 3 Wochen vorab schriftlich durch die Krankenkasse angekündigt.

Der MD ist als unabhängige Instanz zu Neutralität verpflichtet und überprüft im Auftrag der Krankenversicherung den Anspruch auf AKI in **Bezug auf die Indikation und auf die Sicherstellung der Versorgung am Leistungs-ort**. Begutachtet wird in der Regel durch 2 Personen in einem Zeitrahmen von 2 Stunden. Die Gutachterinnen und Gutachter sind besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte. Nach Bedarf können Pflegefachkräfte ergänzend hinzugezogen werden, um die pflegerische Versorgung zu beurteilen und bei der Erstellung des Gutachtens zu unterstützen. Die **Begutachtung erfolgt als „orientierende Prüfung“ durch Inaugenscheinnahme und stichprobenartige Abfrage** verschiedener Aspekte.

Bei lückenhaften Informationen kann der MD mit den behandelnden Ärzt*innen telefonieren. Bei fehlgeschlagener Terminabsprache wird die Krankenversicherung informiert.

Vorbereitung auf die MD-Begutachtung – Zusammenstellen der Unterlagen

Dokumentation

Die Dokumentationsunterlagen des Pflegedienstes der letzten 4 Wochen müssen während der Begutachtung vorliegen und Folgendes beinhalten:

- Protokolle über
 - Beatmung und/oder Sauerstoffgabe im Bedarfsfall
 - Absaugen
 - Vitalwerte
 - Anfälle/Gabe von Bedarfsmedikamenten
 - Lagerung (z.B. zur Sicherung der Atemwege bei einem Krampfanfall)
 - Behandlungspflege aus anderem Grund
 - Pflegeberichte
 - Medikationsplan

Wichtig

Es ist eine umfassende Dokumentation erforderlich, auch darüber, welche Maßnahmen bereits präventiv bei ersten Anzeichen der Eskalation ergriffen wurden, um lebensbedrohliche Ereignisse im Vorfeld zu verhindern. Ebenso empfiehlt es sich, alle Maßnahmen zur Freihaltung der Atemwege sorgfältig zu dokumentieren. Dazu gehören auch Lagerungsmanöver oder die Anwendung eines Cough-Assistent.

Notwendige Unterlagen

- Verordnungsformulare/Behandlungsplan
- Fachärztliche Berichte/Befunde/Entlassberichte, die **Diagnosen** dokumentieren
- Fachärztliche Berichte/Befunde/Entlassberichte, die **vitale Funktionseinschränkungen** dokumentieren
 - Respiratorische/ventilatorische Insuffizienz
 - Dysphagie, Aspirationsgefahr
 - Eingeschränkte Sekretentfernung/Hustenfunktion
 - Epilepsie, Anfallssemiologie
- Fachärztliche Berichte/Befunde/Entlassberichte, die **motorische/kognitive/psychische/altersbedingte Einschränkungen in der Selbstständigkeit** dokumentieren
- ggf. fachärztlicher Befund zur Potenzialerhebung (bei Beatmung oder Trachealkanüle)

- Leistungsberichte der Krankenversicherung: Berichte über bisherige Therapien, genutzte Hilfsmittel, Krankenhausaufenthalte
- Berichte von Therapeut*innen
- Medikationsplan
- ggf. zusätzlich Berichte aus sozialpädiatrischen Zentren o. Spezialambulanzen
- Pflegegutachten (Pflegegrad)
- Individueller Notfallplan
- Dokumentationsunterlagen des Pflegedienstes der letzten 4 Wochen, die **lebensbedrohliche Situationen** und **Maßnahmen** dokumentieren

Begutachtungssituation – Mögliche Fragen des MD vor Ort

- Ist jederzeit der Eintritt einer lebensbedrohlichen Situation möglich?
- Sind diese Situationen unvorhersehbar?
- Kann der oder die Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen?
- Bestünde genügend zeitlicher Spielraum, um das Eintreffen eines Rettungswagens abzuwarten?
- Bestehen Möglichkeiten der Therapieverbesserung?
- Für wie viele Stunden täglich liegen die Voraussetzungen für AKI vor und für welche Zeiträume?
- Fragen nach
 - Allgemeinem Pflege- und Ernährungszustand
 - Hilfsmitteln und Geräteeinweisungen (u. a.: Ist alles griffbereit?)
 - Heilmittelversorgung
 - Personalqualifikation und -einsatz
 - Erfassung und Bewertung von Vitalparametern
 - Individuelles Überwachungskonzept/Alarmfunktionen/Notfallmanagement
 - Umgang mit Inhalation und Absaugen, Sauerstoff, Hygiene, Problemkeimbesiedelung, Trachealkanüle, Beatmung
 - Aufbewahrung von Medikamenten und Verbrauchsmaterial
 - Haus- und fachärztliche Versorgung/Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation
 - Durchsicht und Auswertung der Unterlagen/Dokumentation
- Bei Trachealkanüle oder Beatmung
 - Besteht Ihrer Einschätzung nach langfristig Entwöhnungspotenzial? Falls nein, warum nicht? Aufgrund welcher Diagnosen sind Tracheostoma oder Trachealkanülenversorgung weiter notwendig? Warum ist das Entblocken einer Trachealkanüle nicht möglich? Wie oft sind Sekretabsaugungen pro Tag durchschnittlich nötig? Es wird insbesondere geprüft, ob die Einschätzung bei der Potenzialerhebung schlüssig vorgenommen wurde.
- Bei therapieresistenten Anfallsleiden
 - Welche medikamentösen Therapien sind noch nicht ausprobiert worden? Welche Hilfsmittel sind noch nicht erprobt worden? Gibt es weitere Maßnahmen (wie z. B. eine Reha oder eine OP), die zu einer Verbesserung beitragen können?

Das Ergebnis – Gutachten des MD

Der MD soll in seinem Gutachten begründen,

- welche zugrundeliegenden **Diagnosen** und
- welche aktuellen, **potenziell lebensbedrohlichen Funktionsstörungen** vorliegen,

- die Notwendigkeit/Durchführung lebenserhaltender **Maßnahmen**,
- die **Häufigkeit lebensbedrohlicher Situationen** und **pflegerischer Interventionen** und
- die **Unselbstständigkeit** (Maßnahmen selbst durchzuführen oder den Rettungsweg einzuleiten).

Im Gutachten ist daraufhin festzustellen, ob die Voraussetzungen für AKI „erfüllt“, „nicht erfüllt“ oder „teilweise erfüllt“ sind und ob die Versorgung am Leistungsort sichergestellt ist.

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie in der Handreichung des ISL (siehe Quelle).

4. Bewilligung, Ablehnung, Argumente zur Widerspruchsbegründung

Was passiert, wenn der MD feststellt, dass Weaning- oder Dekanülierungspotenzial besteht?

Eine solche Feststellung hat der MD unverzüglich der Krankenversicherung mitzuteilen. Es sollte zeitnah eine Vorstellung in einer auf Weaning und Dekanülierung spezialisierten stationären Einrichtung veranlasst werden.

Was passiert, wenn der MD feststellt, dass die Versorgung (noch) nicht sichergestellt ist?

Wenn der MD in der Versorgung vor Ort Mängel feststellt, meldet er dies der Krankenkasse. Die Krankenkasse wird dann eine „Zielvereinbarung“ (= Nachbesserungsforderung) mit Ihnen abschließen, um die Mängel innerhalb einer festgelegten Frist von Ihnen beseitigen zu lassen.

Die Zielvereinbarungen sollen dazu beitragen, dass Versicherte durch erfolgte Nachbesserungen an ihrem gewünschten Versorgungsort bleiben können.

Was passiert, wenn der MD feststellt, dass die Anspruchsvoraussetzungen für AKI nicht oder nur teilweise erfüllt sind?

Die Krankenkasse wird den Antrag auf AKI ablehnen oder ggfs. die Stunden reduzieren. Wenn Sie mit dem Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie:

- Fristgerecht innerhalb von einem Monat ab Bekanntgabe der Ablehnung (formlos) Widerspruch einlegen. Eine umfängliche Begründung des Widerspruchs können Sie nachreichen (mögliche Argumente auf den folgenden Seiten).

Wichtig

Bitte ziehen Sie jetzt Ihre **Fachanwaltskanzlei für Sozialrecht** hinzu. Diese hilft Ihnen, den Widerspruch juristisch zu begründen und kann Ihnen z.B. sagen, ob der Widerspruch eine aufschiebende Wirkung hat und die AKI während des Widerspruchsverfahrens weitergeleistet wird.

Außerdem haben Sie jederzeit die Möglichkeit, Klage beim Sozialgericht einzureichen und dort auch ein **gerichtliches Eilverfahren** zu beantragen, um eine vorübergehende Entscheidung zu erwirken und so den Versorgungszustand bis zur Entscheidung in der Hauptklagesache aufrechtzuerhalten.

Achtung: Nach einem erfolgreichen gerichtlichen Eilverfahren auf – vorläufige – Bewilligung von AKI-Leistungen besteht manchmal das Risiko, dass Sie bzw. Ihr Kind, falls es volljährig ist, die Kosten der AKI-Leistungen ganz oder teilweise erstatten müssen. Das kann z. B. der Fall sein, wenn das Gericht im Hauptsacheverfahren die Klage auf AKI abweist oder geringere Leistungen zuspricht. Lassen Sie sich hierzu von Ihrer Fachanwaltskanzlei beraten.

Die folgenden Punkte dienen Ihrem Verständnis und Ihrer Orientierung. Sie ersetzen keinesfalls eine juristische Beratung.

Hinweise aus der Praxis zur Widerspruchsbegründung

- Lesen Sie sich das Gutachten des MD sorgfältig durch und prüfen Sie, wer zur Begutachtung bei Ihnen vor Ort war und wer das Gutachten geschrieben hat. Der MD hat die Vorgabe, dass sowohl Begutachtung als auch Gutachten von einer ärztlichen Person verfasst werden müssen, die mindestens eine so hohe Qualifikation hat wie die verordnenden Ärzt*innen.
Es ist in der Praxis bereits vorgekommen, dass zur Vor-Ort-Begutachtung eine Pflegefachkraft anwesend war, die anschließend mit einem Arzt/einer Ärztin des MD das Gutachten geschrieben hat. In diesem Fall könnte es sich um eine **versteckte Begutachtung nach Aktenlage** handeln, da die ärztliche Person nicht bei Ihnen vor Ort war. Sollte der MD ein solches Gutachten als „persönliche Begutachtung“ einstufen, ist das Gutachten vermutlich anzweifelbar.
- Wird bei Ihnen infolge des Widerspruchs ein **Zweitgutachten** erstellt, achten Sie darauf, ob es durch eine andere Person als das Erstgutachten erstellt wurde. Die Begutachtungsanleitung des MD sieht hierfür verschiedene Gutachter*innen vor.
- Lesen Sie sich auch den Ablehnungsbescheid sorgfältig durch und schauen Sie, ob die Krankenkasse Sie darin informiert, ob die **Ansprüche auch nach § 37 SGB V als spezielle Krankenbeobachtung geprüft wurden**, und ob diese Prüfung entsprechend begründet wurde (Meistbegünstigungsprinzip, siehe auch unten in der Tabelle).
- Reichen Sie ggf. einen **weiteren Dokumentationszeitraum** ein. Betonen Sie in Ihrem Begleitschreiben, dass eine Pflegefachkraft notwendig ist, um in jedem individuellen Fall Anfallsituationen zu erkennen und die passende Intervention (z.B. Lagerung, Verlegung der Atemwege) zu wählen, um eine lebensbedrohliche Situation zu vermeiden. Weisen Sie besonders darauf hin, dass diese Situationen und somit deren fachliche Bewertung zeitlich nicht planbar sind und deshalb punktuelle Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu festgelegten Zeitpunkten nicht ausreichend wären.
- Wenn AKI bisher bewilligt und von einem Intensivpflegedienst erbracht wurde, kann es sein, dass in der vorgelegten Dokumentation keine oder **zu wenig lebensbedrohliche Ereignisse** festgehalten sind. In diesem Fall könnten Sie argumentieren, dass es gerade durch den Einsatz präventiver Maßnahmen von Pflegefachkräften nicht zu lebensbedrohlichen Situationen im zurückliegenden Versorgungszeitraum kam. Somit kann es im Falle einer Nicht-Versorgung dennoch täglich zu krankheitsbedingten, lebensbedrohlichen Ereignissen kommen.
- Um die **Eignung Ihres Haushaltes als Versorgungsort** zu betonen, können Sie auf persönliche, familiäre und örtliche Umstände hinweisen, wie z.B. den Besuch einer Kita, Schule oder Tagesförderstätte, die Wichtigkeit einer altersentsprechenden Umgebung (Unzumutbarkeit eines Umzugs in ein Seniorenpflegeheim), die Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit und das Angewiesen-Sein auf Pflege durch Vertrauenspersonen oder auf Kontaktpflege zu Personen aus der Nachbarschaft, aus Kirchengemeinden, Vereinen und die Teilhabe an gewohnten Aktivitäten. Der MD hat zu berücksichtigen, dass die gewohnte Umgebung positiv auf die Lebensqualität wirkt und damit zur Bewältigung der Krankheitsfolgen beiträgt.

Rechtliche Argumente zur Widerspruchsbegründung

Rechtsgrundlage/Rechtsprechung	
§ 37c Absatz 2 Satz 3, 2. Halbsatz, SGB V	Bezüglich des gewünschten Leistungsortes sind laut Gesetz die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.
§ 37c Absatz 3, Satz 2, SGB V	Bei AKI in vollstationären Einrichtungen : entfällt der Anspruch [...] auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen [...] für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 [...] festgestellt ist.
§ 2 Absatz 1 Satz 2 AKI-RL	Die AKI dient im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch der Verbesserung der Lebensqualität .
§ 12 AKI-RL	Eine Beteiligung von Angehörigen an der medizinischen Behandlungspflege muss ermöglicht werden, soweit diese und die Betroffenen es wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die Angehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. Die Versorgung mit AKI durch Angehörige erfolgt also auf freiwilliger Basis und kann weder erwartet noch erzwungen werden.
§1 Abs. 4 S. 2 AKI-RL	Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen.
Tragende Gründe zu § 1 Absatz 4 AKI-RL	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sollen mit ihren primären Bezugspersonen aufwachsen können und nach ihren Möglichkeiten am Leben in der Gemeinschaft teilhaben.
2.5 der Tragenden Gründe zu § 4 AKI-RL	Der bislang leistungsberechtigte Personenkreis wird durch § 4 AKI-RL weder ausgeweitet noch eingengt. AKI-Patient*innen, denen bis zum 30.10.2023 spezielle Krankenbeobachtung nach Nummer 24 der HKP-RL verordnet worden war, müssen ab dem 31.10.2023 eine Verordnung über AKI nach der AKI-RL erhalten.
2.5 der Tragenden Gründe zu § 4 AKI-RL	Es ist rechtlich nicht erforderlich, dass lebensbedrohliche Situationen tatsächlich täglich auftreten .
SG München, 23.04.2020 (Az. S 15 KR 393/20 ER)	Es ist rechtlich nicht erforderlich, dass lebensbedrohliche Situationen tatsächlich täglich auftreten .
SG Berlin, 07.11.2014 (Az. S 89 KR 1954/11)	Es ist rechtlich nicht erforderlich, dass lebensbedrohliche Situationen tatsächlich täglich auftreten .

LSG Berlin, 11.02.2015
(Az. L 9 KR 283/12)

Bei der Betrachtung der Vergangenheit, zum Beispiel bei der Prüfung eines Dokumentationszeitraums von 4 Wochen, kann der MD feststellen, dass keine Intervention nötig war, weil keine lebensbedrohliche Situation aufgetreten ist. Eine solche Situation lässt sich laut LSG Berlin aber für die Zukunft nicht ausschließen aufgrund der **Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs**. Beurteilungsmaßstab ist daher beim LSG Berlin eine ex-ante-Sicht.

„Zwingend ist hier eine ex-ante-Sicht, die den Gesundheitszustand des zu Pflegenden in den Blick nimmt. Verfehlt wäre es, aus ex-post-Perspektive zu behaupten, häusliche Krankenpflege sei medizinisch nicht erforderlich gewesen, weil sich während der Pflege bei dem Versicherten keine medizinische Krise zeigte.“

BSG 10.11.2011
(Az. B 8 SO 18/10)

Jeder Antrag ist nach dem Grundsatz der **Meistbegünstigung** daran ausulegen, was die antragstellende Person erreichen will. Es ist davon auszugehen, dass die Person den Antrag stellen will, der ihr am besten zum Ziel verhilft.

In diesem Kontext bedeutet das, dass, falls die Voraussetzungen für AKI nicht erfüllt sind, **immer auch eine Versorgung nach § 37 SGB V (häusliche Krankenpflege) durch die Krankenkasse in Betracht gezogen und geprüft werden muss.**

BSG, 17.03.2005
(Az. B3 KR 35/04 R)

Das Argument einer Krankenkasse, dass eine **Versorgung nach §37 SGB V (häusliche Krankenpflege) nicht genehmigt werden kann**, weil die HKP-Richtlinie in ihrer Liste der möglichen Leistungsarten keine Krankenbeobachtung mehr enthält, ist nicht statthaft.

BSG, 10.11.2005
(Az. B 3 KR 38/04 R)

„Die HKP-Richtlinien stellen keinen abschließenden Leistungskatalog über (...) Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege dar.“

Im Urteil (Az. B 3 KR 38/04 R) konkretisiert das BSG dazu:

„Ein Ausschluss der im Einzelfall gebotenen Krankenbeobachtung aus dem Katalog der verordnungsfähigen Leistungen verstößt (...) gegen höherrangiges Recht. (...)“

Als untergesetzliche Norm ist die HKP-RL insofern für die Sozialgerichte nicht verbindlich.“

5. Alles anders?! AKI im Persönlichen Budget

Wird die außerklinische Intensivpflege über das Persönliche Budget (PB) im Arbeitgebermodell erbracht, haben Sie im Vergleich zur direkten Abrechnung mit den Krankenkassen den Vorteil, dass Sie anstelle von Pflegefachkräften auch Pflegekräfte und angelernte Lai*innen/Quereinsteiger*innen beschäftigen können, wenn der Bedarf Ihres Kindes das zulässt.

Die bisher in diesem Dokument beschriebenen Anforderungen und Regelungen gelten nur für den „öffentlichen Bereich“, d.h. für stationäre Einrichtungen und auch Pflegedienste.

Der private Bereich – und als dieser gilt Ihr Haushalt mit selbst angestellten Kräften (Persönliches Budget im Arbeitgebermodell) – ist von diesen Regelungen ausgenommen. Dies führt dazu, dass im PB bei der Zusammenstellung des AKI-Pflegeteams eine Pflegefachkraftquote von 0 % möglich ist.

Eine solche Zusammenstellung des Pflegeteams ist denkbar, wenn die erforderlichen pflegerischen Tätigkeiten auch von Lai*innen und Quereinsteiger*innen mit Einarbeitung und Fortbildung ausgeführt werden können. Sie können sich dann eine sogenannte Unbedenklichkeitsbescheinigung von Ihrer ärztlichen Praxis ausstellen lassen.

Sollten die pflegerischen Bedarfe Ihres Kindes nur durch Pflegefachkräfte gedeckt werden können, ist es natürlich möglich, Fachkräfte im Budget zu verhandeln und entsprechend zu bezahlen.

Leider passiert es häufig, dass durch Personalmangel in den Intensivpflegediensten Betroffene gedrängt werden, ins PB zu wechseln, weil dieses die einzige Möglichkeit darstellt, auch ohne Pflegefachkräfte die Versorgung sicherzustellen.

Lassen Sie sich zur AKI im PB durch spezialisierte Vereine beraten.

Kontakt

Alle aufgelisteten Vereine sind deutschlandweit tätig. Neben umfänglichen Informationen erhalten Sie dort teilweise auch Kostenkalkulationen und Angebote der Budgetassistenz.

1. aktiv und selbstbestimmt (akse) e.V.

Kameruner Straße 53
13351 Berlin

Telefon: 030 39 82 02 182

Mail: intensivpflege@akse-ev.de

Website: www.akse-ev.de/intensivpflege

2. Ostsee Intensivpflege GmbH

Badstüberstraße 6
18055 Rostock

Telefon: 0381 77 02 98 00

E-Mail: info@ostsee-intensivpflege.de

Website: www.ostsee-intensivpflege.de/start

3. SozialKomplizen

Bruchsaler Straße 1
74918 Angelbachtal

Telefon: 07138 81 63 30

E-Mail: info@sozialkomplizen.de

Website: www.sozialkomplizen.de

6. Quellen

Gesetzesgrundlagen

**Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, § 37c
Außerklinische Intensivpflege § 37c SGB V:**

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/37c.html>



Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL), in Kraft getreten am 01.07.2025:

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3847/AKI-RL_2025-06-18_iK-2025-07-01.pdf



Begutachtungsanleitung Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V (BGA AKI) vom 26.09.2023 vom Medizinischen Dienst Bund:

https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_AKI_230925.pdf



Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vom 03.04.2023 des GKV-Spitzenverbandes:

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/ausserklinische_intensivpflege/AKI-Rahmenempfehlung-2023-04-03.pdf



Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege vom 19. November 2021:

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8104/2021-11-19_AKI-RL_Erstfassung_TrG.pdf



Kostenabgrenzungsrichtlinie zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen mit besonders hohem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen vom 01.04.2025:

https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/Richtlinien_MDS_MD_Bund/Kostenabgrenzungs-RL_250327_bf-20250408.pdf



Weitere Dokumente

Handreichung zur Begutachtung des Medizinischen Dienstes für Versicherte mit Bedarf an Außerklinischer Intensivpflege (2024), Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. – ISL:

https://leben-mit-aki.de/wp-content/uploads/2024/02/Handreichung_AKI-MD-Begutachtung_ISL.pdf



Handreichung Außerklinische Intensivpflege – Alles Wichtige zur Verordnung, Potenzialerhebung, Formulare, Praxisbeispiele (2023), Kassenärztliche Bundesvereinigung:

<https://www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/praxiswissen/praxiswissen-ausserklinische-intensivpflege.pdf>



Ratgeber für Menschen mit Intensivpflegebedarf (2023), Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen BVKM e. V.:

<https://bvkm.de/ratgeber/ausserklinische-intensivpflege-richtlinie/>



Musterwiderspruch AKI:

https://leben-mit-aki.de/wp-content/uploads/2023/11/Muster-Widerspruch-gegen-ablehnende-Bescheide-oder-Leistungskuerzungen-der-Ausserklinischen-Intensivpflege_ISL.pdf



Kostenabgrenzungs-Richtlinien – Positionspapier der vier Verbände (2024)

<https://bvkm.de/ratgeber/aki-ii-kostenabgrenzungs-richtlinien/>



Hinweise zur Haftung

Dieses Dokument ist eine Zusammenfassung von Inhalten aus verschiedenen Quellen. Es stellt die Sachverhalte verkürzt dar und dient der möglichst schnellen und einfachen Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet, gleichwohl sind sie unverbindlich. Irrtümer können nicht ausgeschlossen werden. Des Weiteren können seit Erstellung rechtliche Änderungen eingetreten sein. Deshalb wird keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernommen. Insbesondere die Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen wird ausgeschlossen.

Bei Fragen und Anregungen wenden Sie sich jederzeit gerne an uns. Wir unterstützen Sie gerne bei weiterer Recherche.

Lumia Stiftung

Telefon 05 11 – 70 03 17 44

info@lumiastiftung.de