

# **Abschlussbericht**

## **Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

Stand: 18.03.2022

Unterausschuss Veranlasste Leistungen  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

**Inhaltsverzeichnis**

<b>A</b>	<b>Tragende Gründe und Beschluss .....</b>	<b>6</b>
<b>A-1</b>	<b>Rechtsgrundlage .....</b>	<b>6</b>
<b>A-2</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>6</b>
A-2.1	Einleitung.....	6
A-2.2	Zu § 1 Grundlagen .....	7
A-2.3	Zu § 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege .....	9
A-2.4	Zu § 3 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der Verordnung.....	11
A-2.5	Zu § 4 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege.....	12
A-2.6	Zu § 5 Potenzialerhebung.....	14
A-2.7	Zu § 6 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege .....	18
A-2.8	Zu § 7 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.....	20
A-2.9	Zu § 8 Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte .....	20
A-2.10	Zu § 9 Qualifikation der verordnenden Ärztinnen und Ärzte.....	23
A-2.11	Zu § 10 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements .....	25
A-2.12	Zu § 11 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege .....	27
A-2.13	Zu § 12 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege.....	29
A-2.14	Zu § 13 Evaluation .....	31
A-2.15	Zu § 14 Inkrafttreten und Übergang zur Leistungserbringung nach § 132I SGB V .....	31
<b>A-3</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>33</b>
<b>A-4</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung.....</b>	<b>33</b>
A-4.1	Erhebung des Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzials .....	33
A-4.2	Genehmigung der Befugnis zur Durchführung einer Erhebung gemäß § 8 Absatz 2 und der Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 9 Absatz 1 .....	34
A-4.3	Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.....	35
A-4.4	Mitteilung an die Krankenkasse über den veränderten Bedarf oder endenden Anspruch der außerklinischen Intensivpflege durch die verordnende Vertragsärztin bzw. den verordnenden Vertragsarzt bzw. den Leistungserbringer nach § 132I SGB V 35	
A-4.5	Zusammenfassung.....	36
<b>A-5</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>36</b>
<b>A-6</b>	<b>Beschluss zur Erstfassung der AKI-RL.....</b>	<b>37</b>
<b>A-7</b>	<b>Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V .....</b>	<b>57</b>
<b>B</b>	<b>Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA .....</b>	<b>58</b>

<b>B-1</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen .....</b>	<b>58</b>
<b>B-2</b>	<b>Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens .....</b>	<b>58</b>
<b>B-3</b>	<b>Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer .....</b>	<b>59</b>
<b>B-4</b>	<b>Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen.....</b>	<b>59</b>
<b>B-5</b>	<b>Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen.....</b>	<b>64</b>
B-5.1	Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	64
B-5.1.1	§ 1 Grundlagen .....	65
B-5.1.2	§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege.....	110
B-5.1.3	§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege.....	151
B-5.1.4	§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte 281	
B-5.1.5	§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege .....	346
B-5.1.6	§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.....	383
B-5.1.7	§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements .....	401
B-5.1.8	§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege .....	444
B-5.1.9	§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege.....	459
B-5.1.10	§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination von außerklinischer Intensivpflege 497	
B-5.1.11	Anhang Behandlungsplan.....	543
B-5.1.12	„Sonstiges“ .....	552
<b>B-6</b>	<b>Mündliche Stellungnahmen .....</b>	<b>553</b>
B-6.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	553
B-6.2	Wortprotokoll der Anhörung vom 9. September 2021.....	560
B-6.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	610
<b>B-7</b>	<b>Ergebnis der Auswertung der Stellungnahmen (Delta-Dokument).....</b>	<b>611</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
AKI	Außerklinische Intensivpflege
BAnz	Bundesanzeiger
BKE	Bürokratiekostenermittlung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
FB Med	Fachberatung Medizin
FEES	fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HKP	Häusliche Krankenpflege
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
NIV	Nicht-invasive Beatmung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PatV	Patientenvertretung
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
UPM	Unparteiisches Mitglied
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

## **A Tragende Gründe und Beschluss**

### **A-1 Rechtsgrundlage**

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220), welches mit Ausnahme von Artikel 2 am 29. Oktober 2020 in Kraft getreten ist, wurde durch die Einfügung des § 37c ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss

(G-BA) wurde beauftragt, bis zum 31. Oktober 2021 in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen zu bestimmen sowie die Anforderungen festzulegen:

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination,
3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach § 37c Absatz 1 Satz 5 SGB V sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und
4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

### **A-2 Eckpunkte der Entscheidung**

#### **A-2.1 Einleitung**

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat aufgrund des medizinischen Fortschritts und des hohen Versorgungsniveaus in Deutschland stark zugenommen. Ein immer größerer Kreis von Versicherten mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege ist zu versorgen. Bisher wurden Versicherte mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege grundsätzlich im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V versorgt.

Um insbesondere bestehende Weaning- beziehungsweise Dekanülierungspotenziale bei beatmeten beziehungsweise trachealkanülierten Versicherten noch besser auszuschöpfen, Fehlanreize in der außerklinischen Intensivpflege zu beseitigen und bestehende Qualitäts- und Versorgungsmängel zu beheben, wurde die außerklinische Intensivpflege mit dem GKV-IPReG in eine eigenständige Leistung nach § 37c SGB V überführt. Damit Versicherte, die auf eine außerklinische Intensivpflege angewiesen sind, künftig besser versorgt werden, hat der G-BA gemäß gesetzlichem Auftrag die entsprechenden Rahmenbedingungen definiert. Die Regelungen zum neu ausgestalteten Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege umfassen, ausgerichtet an dem Bedarf und dem individuellen Therapieziel der oder des Versicherten, insbesondere folgende Inhalte:

- Ziele und Inhalte der außerklinischen Intensivpflege,

- Anforderungen an die Verordnung und die Qualifikation der verordnenden sowie potenzielerhebenden Ärztinnen oder Ärzte,
- Regelungen zur engen Vernetzung und Absprache aller an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden, Gesundheitsfachberufe, wie zum Beispiel Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden oder Hilfsmittelversorger und
- Regelungen zur Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements sowie die Berücksichtigung unterschiedlicher Krankheitsbilder und Patientengruppen.

## **A-2.2 Zu § 1 Grundlagen**

Die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege sind in § 37c Absatz 1 Satz 1 bis 4 SGB V normiert und werden in § 1 Absatz 1 bis 5 der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) konkretisiert.

### **Zu Absatz 1**

Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V in Verbindung mit der vorliegenden Richtlinie ersetzt den Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in Verbindung mit der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (bislang Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).

In zeitlicher Hinsicht bezieht sich die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft auf den täglich erforderlichen Leistungsumfang und somit auf den gesamten Versorgungszeitraum der außerklinischen Intensivpflege. Dieser kann eine Versorgung rund um die Uhr beinhalten oder auf bestimmte Zeiträume beschränkt sein.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehören zur Behandlungspflege alle Pflegemaßnahmen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einer Ärztin oder einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (vgl. BSG, Urt. v. 13.06.2006, Az. B 8 KN 4/04 KR R, Rn. 17). Die Begriffe „medizinische Behandlungspflege“ und „Behandlungspflege“ werden synonym verwendet. In dieser Richtlinie wird wie in § 37c SGB V der Begriff „medizinische Behandlungspflege“ verwendet. Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege kann medizinische Behandlungspflege nur durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden.

Dass die außerklinische Intensivpflege durch geeignete Pflegefachkräfte zu erbringen ist, ergibt sich bereits aus § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V.

Die AKI-RL greift die dortige Formulierung auf. § 1 Absatz 1 Satz 4 der Richtlinie konkretisiert, dass eine Eignung für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege eine besondere Qualifikation erfordert (s. auch die aktuellen Festlegungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V zu § 4 der Richtlinie). Diese Festlegung wird auch in Hinblick auf die Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG getroffen. Diese sagt unter anderem aus, dass in der Versorgung bisher teilweise nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt werde (BT-Drs. 19/19368, S. 22). Die Anforderungen an diese Eignung sind in den Rahmenempfehlungen gemäß § 132l SGB V zu regeln (vgl. dort insbesondere Absatz 2 Nummer 1 und 4). Daher nimmt § 1 Absatz 1 Satz 5 der Richtlinie auf § 132l SGB V Bezug.

Absatz 1 Satz 6 stellt mit Verweis auf § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2 SGB V, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V und § 29 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) klar, dass die Möglichkeit der Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen eines persönlichen

Budgets erhalten bleibt. Versicherte können so in die Lage versetzt werden, das Benötigte selbst zu beschaffen. Voraussetzung ist nach § 29 Absatz 4 SGB IX der Abschluss einer Zielvereinbarung zwischen dem Leistungsberechtigten und den beteiligten Kostenträgern (zum Beispiel gesetzliche Krankenversicherung und Eingliederungshilfe). Bestandteil der Zielvereinbarung sind u.a. auch Regelungen zur Qualitätssicherung der Versorgung. Für die weiteren Details wird auf die Gesetzesbegründung verwiesen (GKV-IPReG, Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 19/20720, S. 56).

### **Zu Absatz 2**

Aufgrund des komplexen Versorgungsgeschehens in der außerklinischen Intensivpflege ergeben sich erhöhte Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen, was auch darin seinen Niederschlag findet, dass nur besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine Verordnung vornehmen dürfen. Leistungen der außerklinischen Intensivpflege unterliegen § 2 Absatz 1 SGB V und haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Gemäß § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 SGB V umfasst die vertragsärztliche Versorgung unter anderem die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Daraus folgt, dass eine Verordnung von außerklinischer Intensivpflege durch diese erfolgen kann, sofern alle Voraussetzungen vorliegen. Eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung können neben einigen anderen auch sozialpädiatrische Zentren gemäß § 119 SGB V und medizinische Behandlungszentren gemäß § 119c SGB V haben.

### **Zu Absatz 3**

Bei der Verordnung außerklinischer Intensivpflege sind die gesundheitliche Eigenkompetenz, der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten sowie die besonderen Belange von Kindern, Jugendlichen sowie den in § 1 Absatz 3 Satz 2 der Richtlinie genannten jungen Volljährigen zu berücksichtigen. Es entspricht dem dem SGB V zugrundeliegenden allgemeinen Grundsatz der Erforderlichkeit, dass ein Anspruch auf Leistungen nur dann besteht, wenn die oder der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen nicht selbst erbringen kann.

Die Versorgung durch An- und Zugehörige soll insbesondere bei Kindern, Jugendlichen sowie den in § 1 Absatz 3 Satz 2 der Richtlinie genannten jungen Volljährigen ermöglicht werden. Eine Beteiligung an der Intensivpflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit dies durch die An- und Zugehörigen gewünscht wird und die fachgerechte Versorgung durch An- und Zugehörige auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt, dem eingebundenen Leistungserbringer nach § 132l SGB V sowie der Krankenkasse zu treffen.

Bei der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bei Kindern, Jugendlichen sowie den in § 1 Absatz 3 Satz 2 der Richtlinie genannten jungen Volljährigen sind spezifische Krankheitsbilder im Bereich Pädiatrie und der individuelle psychomotorische Entwicklungsstand zu berücksichtigen. Die Richtlinie greift die besonderen Belange dieser Versicherten u.a. durch die Festlegung von Anforderungen an die Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Orte der Leistungserbringung, die Beteiligung und Unterstützung von An- und Zugehörigen bei der medizinischen Behandlungspflege sowie einen Verweis in § 12 der Richtlinie auf Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung und Kooperationen mit Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin zur Sicherung der Versorgungskontinuität bei jungen Volljährigen auf. Die Inhalte der außerklinischen Intensivpflege ergeben sich wie bei Erwachsenen aus den individuellen Therapiezielen.

### **Zu Absatz 4**

In § 1 Absatz 4 werden die Leistungsorte, an denen außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c Absatz 2 Satz 1 SGB V erbracht werden kann, aufgezählt. Gemäß § 37c Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB V ist berechtigten

Wünschen der Versicherten zum Leistungsort zu entsprechen, sofern die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann. Das weitere Verfahren ergibt sich aus § 37c Absatz 2 SGB V.

Bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie den in § 1 Absatz 3 Satz 2 der Richtlinie genannten jungen Volljährigen ist davon auszugehen, dass die Versorgung bevorzugt innerhalb des eigenen Haushaltes oder der Familie erfolgen soll und auch an Orten wie Schulen, Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen zu ermöglichen ist, sodass Kinder und Jugendliche mit ihren primären Bezugspersonen aufwachsen können und nach ihren Möglichkeiten am Leben der Gemeinschaft teilhaben. Die Richtlinie greift die unterschiedlichen Orte der Leistungserbringung im Sinne der gesetzlichen Regelung auf.

#### **Zu Absatz 5**

Die Regelung, dass außerklinische Intensivpflege für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthaltes und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden kann, ist gleichermaßen bereits Inhalt der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA, welche die derzeitige Grundlage für die Verordnung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege darstellt. Sie wurde daher entsprechend übernommen.

Auch in anderen Versorgungssettings, bei denen ein gesetzlicher Anspruch auf medizinische Behandlungspflege besteht, kann außerklinische Intensivpflege nicht verordnet werden. Ob der Anspruch in diesen Einrichtungen dem Anspruch nach dieser Richtlinie entspricht, ist durch die Krankenkasse im Einzelfall zu prüfen.

Die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) beinhaltet auch die Erbringung der medizinischen Behandlungspflege. Aufgrund der Regelung in § 37c Absatz 3 SGB V besteht in vollstationären Pflegeeinrichtungen dennoch ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V.

#### **Zu Absatz 6**

Die Regelung ergibt sich bereits aus § 91 Absatz 6 SGB V und wurde aus Gründen der Transparenz und Information aufgenommen.

#### **Zu Absatz 7**

Mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) vom 9. Dezember 2019 wurde der G-BA mit Wirkung zum 1. Januar 2020 beauftragt, seine Richtlinien nach § 92 SGB V anzupassen, um die Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form zu ermöglichen (§ 86 Absatz 2 SGB V). Der Auftrag bezieht sich auf die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Leistungen. In die Erstfassung der AKI-RL wurde daher eine Formulierung aufgenommen, die eine Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form gemäß § 86 Absatz 2 SGB V ermöglicht.

### **A-2.3 Zu § 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege**

#### **Zu § 2 allgemein**

Die außerklinische Intensivpflege richtet sich an schwer Erkrankte im Sinne der Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 der Richtlinie. In § 2 der Richtlinie werden die Ziele der außerklinischen Intensivpflege definiert.

#### **Zu Absatz 1**

Da es sich bei der außerklinischen Intensivpflege um eine hochkomplexe Leistung handelt, die den Alltag der Versicherten in hohem Maß bestimmt, ist die Verbesserung der Lebensqualität neben der Erhaltung,

Förderung und Verbesserung der Patienten- und Versorgungssicherheit wesentliches Ziel der Versorgung. Die Verbesserung der Lebensqualität bezieht sich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Rahmen des Leistungsumfangs der Krankenkassen.

### **Zu Absatz 2**

Eine wesentliche Aufgabe der außerklinischen Intensivpflege ist die Sicherstellung von Vitalfunktionen und die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.

Zur Feststellung der Therapieziele sind diese gemäß § 6 Absatz 2 der Richtlinie bei der Verordnung mit der oder dem Versicherten zu erörtern und ausgewählte Aspekte zur Erreichung der Therapieziele zu dokumentieren. Im Behandlungsplan werden die Maßnahmen zur Erreichung der Therapieziele operationalisiert.

### **Zu Absatz 3**

Die absehbar größte Gruppe von Versicherten mit Bedarf für eine außerklinische Intensivpflege bilden beatmete oder trachealkanülierte Versicherte. In Absatz 3 werden, ergänzend zu den in Absatz 2 genannten Therapiezielen, für diese Patientengruppe spezifische weitere Therapieziele konkretisiert.

Wird für eine oder einen beatmete(n) oder trachealkanülierte(n) Versicherte(n) eine außerklinische Intensivpflege verordnet, liegt zum Zeitpunkt der Verordnung in der Regel kein Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung im Sinne des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V vor. Andernfalls wäre als nächster Schritt nicht eine außerklinische Intensivpflege, sondern die Zuführung des Versicherten in eine stationäre Einrichtung mit entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, dort den Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung zu unternehmen und gegebenenfalls zu realisieren, angezeigt.

Daneben wird es aber auch die Fälle geben, bei denen zum Zeitpunkt der Verordnung zwar noch kein Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung in der Form feststellbar ist, dass der nächste Schritt bereits die Zuführung zu einer stationären Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung darstellt, dieses Potenzial aber sehr wohl perspektivisch noch möglich scheint. Die optimale und auf die oder den Versicherten bezogene Hinführung zur Dekanülierung, Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung ist (be-)handlungsleitend in der Versorgung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten mit perspektivischem Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung. Diesen Versicherten kann außerklinische Intensivpflege verordnet werden, wenn die Therapieziele und damit verbundenen Maßnahmen dann insbesondere darauf ausgerichtet sind, das Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung im Rahmen der weiteren Behandlung mit Unterstützung der außerklinischen Intensivpflege sowie weiteren Therapieangeboten noch zu erreichen. Um deren Bedeutung hervorzuheben, hat der G-BA diese Therapieziele und Maßnahmen an dieser Stelle angeführt.

Bei festgestelltem perspektivischen Potenzial gilt es, dieses im Behandlungsverlauf zu stabilisieren und zu heben. Dies ist Aufgabe der verordnenden sowie potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte, der pflegerischen Leistungserbringer nach § 132I SGB V sowie weiterer Leistungserbringer wie Heilmitteltherapeuten. Durch die weitere spezifische Behandlung der bestehenden Grunderkrankungen, insbesondere unter Nutzung heilmitteltherapeutischer Maßnahmen und ergänzender behandlungspflegerischer Maßnahmen, kann eine weitere Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes im Verlauf erreicht werden und die physikalischen Funktionen soweit wiederhergestellt werden, dass eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung erfolgreich durchgeführt werden kann.

### **Zu Absatz 4**

Die Maßnahmen und Ziele der außerklinischen Intensivpflege sind auch auf die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, und die sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes ausgerichtet. Daher ist

in Absatz 4 geregelt, dass in Konsequenz einer erfolgreichen außerklinischen intensivpflegerischen Behandlung bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, die ein Potenzial nach § 2 Absatz 3 im Behandlungsverlauf erlangen konnten, weitere Maßnahmen, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt, in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich einzuleiten sind.

### **Zu Absatz 5**

Zum anspruchsberechtigten Personenkreis der außerklinischen Intensivpflege gehören auch Versicherte, bei denen aus medizinischen Gründen dauerhaft keine Aussicht auf eine nachhaltige Besserung der zugrunde liegenden Funktionsstörung besteht, die eine Beatmung oder Trachealkanüle erforderlich macht. In der Regelung wird der besondere Schwerpunkt der Zielsetzung von außerklinischer Intensivpflege für diesen Personenkreis adressiert.

## **A-2.4 Zu § 3 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der Verordnung**

### **Zu Absatz 1**

Außerklinische Intensivpflege ist durch die medizinische Notwendigkeit permanenter Interventionsbereitschaft und Anwesenheit, Einsatzbereitschaft und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum gekennzeichnet. Einzelne Inhalte der medizinischen Behandlungspflege im Sinne einer Komplexleistung werden auf der Grundlage des gesetzlichen Auftrages in § 3 Absatz 1 Satz 2 konkretisierend, jedoch nicht abschließend aufgeführt. Der Leistungsumfang der außerklinischen Intensivpflege entspricht dabei dem bisherigen Umfang der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, denn die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf wurden in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt (vgl. BT-Drs. 19/19368, S. 2).

### **Zu Absatz 1 Nummer 10**

Ziel der Anleitung von pflegenden An- und Zugehörigen ist die Befähigung zur eigenständigen Bewältigung von Alltagssituationen durch die Vermittlung von Handlungskompetenzen oder technisch-instrumentellen Fertigkeiten. Da es sich bei der außerklinischen Intensivpflege um eine Versorgung mit hohen Anforderungen an die sach- und fachgerechte Ausführung handelt, die zudem in der Regel mit der Einstellung und Bedienung komplexer medizinischer Geräte verbunden ist, bedarf die Anleitung eines geplanten und reflektierten Lernprozesses.

### **Zu Absatz 2 und 3**

Mit Wirkung vom 31. Oktober 2023 wird gemäß § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der Fassung des GKV-IPReG kein Anspruch mehr nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V im Fall eines Anspruchs nach § 37c SGB V bestehen, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Fallen im zeitlichen Zusammenhang der außerklinischen Intensivpflege auch erforderliche Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach dem Leistungsverzeichnis zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie an, können diese nicht separat verordnet werden, sondern sind Bestandteil der außerklinischen Intensivpflege. Der Leistungserbringer nach § 132l SGB V, der die außerklinische Intensivpflege erbringt, hat umfassend alle anfallenden Pflegeleistungen der medizinischen Behandlungspflege zu leisten. Hierdurch sollen Doppelstrukturen vermieden und die Kontinuität der pflegerischen Behandlung gestärkt werden.

Bei Konstellationen, bei denen Versicherte nicht ganztägig durch einen Leistungserbringer, mit dem ein Vertrag nach § 132l SGB V besteht, versorgt werden, bleibt ein Anspruch auf zusätzliche Leistungen der Behandlungspflege auf der Grundlage des § 37 SGB V bestehen. Außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege kann sich die Notwendigkeit zusätzlicher Leistungen der häuslichen Krankenpflege ergeben, zum Beispiel zur Versorgung einer chronischen Wunde. Hierdurch wird ermöglicht, dass diese zusätzlichen Leistungen weiterhin auf der Grundlage des § 37 SGB V erbracht werden

können. Voraussetzung ist, dass die Versorgung aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht während der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege erfolgen kann.

#### **Zu Absatz 4**

Durch die Verordnung der Behandlungspflege wird die Erbringung einer ärztlichen Maßnahme durch geeignete Pflegefachkräfte veranlasst. Dies setzt voraus, dass die veranlasste Maßnahme delegierbar ist und somit keine Kenntnisse und Qualifikationen erfordert, die nur der Ärztin oder dem Arzt eigen sind. In dem Bereich der außerklinischen Intensivpflege bauen ärztliche und ärztlich veranlasste pflegerische Maßnahmen aufeinander auf. Die Regelung benennt den nicht durch nichtärztliche Leistungserbringer erbringbaren Leistungsbereich.

#### **Zu Absatz 5**

Hier werden die Anforderungen an die Rahmenbedingungen formuliert, die zur Durchführung der verordneten Maßnahmen im Sinne der Qualitätssicherung zu gewährleisten sind. Dabei ist zu beachten, dass die am Leistungsort zur Verfügung stehende Infrastruktur die Durchführung der außerklinischen Intensivpflege zulässt (zum Beispiel stabile Stromversorgung, Fluchtwege etc.).

#### **Zu Absatz 6**

Die Regelung dient der transparenten Information gegenüber der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und der Krankenkasse bei Änderungen am Versorgungsbedarf. Auf diese Weise wird die zeitnahe bedarfsgerechte Anpassung der Behandlung gestärkt.

### **A-2.5 Zu § 4 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege**

#### **Zu Absatz 1**

§ 4 Absatz 1 legt die Voraussetzungen fest, die Versicherte erfüllen müssen, damit ihnen außerklinische Intensivpflege verordnet werden kann. Außerklinische Intensivpflege ist durch die medizinische Notwendigkeit permanenter Interventionsbereitschaft und Anwesenheit, Einsatzbereitschaft und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum gekennzeichnet. Der Leistungsumfang der außerklinischen Intensivpflege entspricht dabei dem bisherigen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, denn die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf wurden in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt (vgl. BT-Drs. 19/19368, S. 2). Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V in Verbindung mit der vorliegenden Richtlinie ersetzt den Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in Verbindung mit der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (bislang Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Die Regelung in § 4 Absatz 1 stellt deshalb sicher, dass Versicherte, die nach bisherigem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung hatten, nach der neuen Rechtslage außerklinische Intensivpflege beanspruchen können. Der bislang leistungsberechtigte Personenkreis wird hierdurch weder ausgeweitet noch eingengt.

Leistungsberechtigt sind Versicherte, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist. Lebensbedrohliche Situationen können insbesondere dann vorliegen, wenn die Vitalfunktion der Atmung derart gefährdet ist, dass bei fehlender Intervention das Leben unmittelbar bedroht ist. Daher ist die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur permanenten Interventionsbereitschaft für den Zeitraum der notwendigen außerklinischen Intensivpflege zwingend erforderlich.

Bei der Mehrheit handelt es sich um beatmete und trachealkanülierte Versicherte aller Altersstufen, die aufgrund von bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen nicht in der Lage sind, die notwendigen be-

handlungspflegerischen Maßnahmen durchzuführen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich zu unvorhersehbaren Zeiten erforderlich sind, um lebensbedrohliche Situationen zu verhindern. Die medizinischen Ursachen für die Notwendigkeit einer Beatmung oder Trachealkanüle können vielfältig sein. Zum Beispiel können hierzu neuromuskuläre Erkrankungen oder schwerwiegende Lungenerkrankungen gehören.

Daneben kann eine weitere sehr heterogene Patientengruppe einen Anspruch gemäß dieser Richtlinie haben. Dies sind Versicherte mit anderen Funktionsbeeinträchtigungen, bei denen ebenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich zu unvorhersehbaren Zeiten lebensbedrohliche Situationen auftreten. Hierzu können beispielsweise Versicherte mit therapieresistenten Epilepsien mit einer hohen Krampfanfall-Frequenz gehören.

Versicherte, die außerklinische Intensivpflege benötigen, haben in der Regel rund um die Uhr einen sehr hohen Versorgungsbedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Täglich können zu jedem Zeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit unvorhersehbar lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen auftreten, bei denen eine unverzügliche pflegfachliche Intervention erforderlich ist. Dabei ist nicht erforderlich, dass die lebensbedrohlichen Situationen tatsächlich täglich auftreten. Ausreichend ist, dass sie prospektiv betrachtet mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können.

In der Medizin gibt es eine Vielzahl von schweren Erkrankungsbildern und Versorgungssituationen, bei denen eine ausgeprägte medizinisch-pflegerische Betreuung der oder des Versicherten erforderlich ist. Dies ist jedoch von der medizinischen Notwendigkeit einer permanenten Interventionsbereitschaft, die aus vitaler Indikation durch eine geeignete Pflegefachkraft sichergestellt werden muss, abzugrenzen. Versicherte, bei denen punktuelle handlungspflegerische Maßnahmen erforderlich sind oder bei denen die regelmäßige Durchführung von planbaren handlungspflegerischen Maßnahmen ausreichend ist, haben keinen Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege.

In der Praxis gibt es ferner auch Versorgungsfälle, bei denen die Versicherten nicht rund um die Uhr einen Bedarf an außerklinischer Intensivpflege haben. Auch diese Fallkonstellationen sind grundsätzlich von der außerklinischen Intensivpflege umfasst, wenn in der Zeit der Versorgung (zum Beispiel für zehn Stunden) eine geeignete Pflegefachkraft ständig anwesend sein muss.

### **Zu Absatz 2**

Die Indikationen und Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, sind vielfältig. In der intensivmedizinischen Behandlung wird aufgrund von Langzeitbeatmung häufig eine Trachealkanüle notwendig und auch Menschen mit einer ausgeprägten Dysphagie können zum Aspirationsschutz vorübergehend oder dauerhaft eine Trachealkanüle erhalten. Andere Gründe für eine dauerhafte Anlage einer Trachealkanüle gehen gegebenenfalls nicht mit einer lebensbedrohlichen Funktionsbeeinträchtigung einher, dies können zum Beispiel Tumore im Nasen-Rachenraum sein. Die Verordnungsvoraussetzung richtet sich nach der Erfüllung der Kriterien des Absatz 1.

### **Zu Absatz 3**

Eines der Ziele der außerklinischen Intensivpflege ist die Ausschöpfung möglicher Potenziale der Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung. Zeigt sich im Rahmen der Erhebung nach § 5, dass bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung beziehungsweise Dekanülierung vorliegt, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. Dies ist erforderlich, damit die bereits erreichten Ziele und Potenziale nicht gefährdet werden und die oder der Versicherte weitere Therapieoptionen bekommt. Da das Auffinden geeigneter Einrichtungen mit Versorgungskapazitäten mitunter aufwändig sein kann, sollen die Krankenkassen im Rahmen ihrer Möglichkeiten dabei mitwirken. In Satz 3 ist zudem eine Ausnahme vorgesehen, in der außerklinische Intensivpflege auch bei unmittelbar vorliegendem Potenzial vorübergehend verordnet werden kann. Mit dieser Ausnahme ist sichergestellt, dass Versicherte im Falle

von möglichen Wartezeiten auf einen freien Platz in einer Einrichtung nach Satz 1 bis zur frühestmöglichen Aufnahme außerklinische Intensivpflege erhalten. Hierzu stimmen sich die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt mit der oder dem Versicherten und der Beatmungsentwöhnungs-Einheit ab. Im Rahmen der Abstimmung mit der oder dem Versicherten nach Satz 1 berücksichtigt die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt berechnete Interessen der oder des Versicherten sowie die Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft.

#### **Zu Absatz 4**

Die Regelung greift die gesetzliche Vorgabe nach § 37c Absatz 1 Satz 5 SGB V auf. Die palliative Versorgung kann die Versorgung der schwerkranken Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege entsprechend dem Therapieziel im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten ergänzen. Da es sich bei den Versicherten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege um Schwerstkranke handelt, kann die Einbindung palliativmedizinischer Expertise in der letzten Lebensphase, zum Beispiel zur Kontrolle einer hohen Symptomlast, von besonderer Bedeutung sein. Mit der Regelung wird die Vernetzung beider Leistungsbereiche gestärkt.

#### **Zu Absatz 5**

Voraussetzung für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt persönlich von der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege überzeugt hat. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege benötigen, sind schwerstkrank, sodass eine regelmäßige Arzt-Patienten-Interaktion wichtig ist. Diese Regelung soll vermeiden, dass eine Verordnung über einen längeren Zeitraum ohne eine ärztliche Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung erfolgt.

Vor diesem Hintergrund kommt Hausbesuchen eine besondere Bedeutung zu, um die persönliche Untersuchung ohne unzumutbare gesundheitliche Belastungen für die Versicherten zu gewährleisten.

Mit Hilfe der Versorgung von Heil- und Hilfsmitteln können die Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, gemindert werden. Insofern sind diese im Verordnungsgehehen zu berücksichtigen.

### **A-2.6 Zu § 5 Potenzialerhebung**

#### **Zu § 5 allgemein**

Die Erhebung ist eine wesentliche Neuerung der AKI-RL im Vergleich zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, in der solch strukturierte, abgestufte Verfahren nicht vorgesehen waren. Dies trägt der Versorgungsqualität sowie dem Wunsch nach Eigenständigkeit der oder des Versicherten Rechnung. Auch trägt dies dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V Rechnung, wenn Versorgungsumfänge nach einer Besserung des Gesundheitszustandes bedarfsweise reduziert werden. Das eigentliche Weaning oder die Dekanülierung erfolgt in der stationären Versorgung (zum Beispiel in einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit). Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und angelehnt an die Ausführungen der einschlägigen Leitlinien werden in § 2 die Therapieziele und in § 5 die Aspekte der Potenzialerhebung jeweils näher erläutert.

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 erläutert den Prozess und die Inhalte der Erhebung. § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V in Verbindung mit der vorliegenden Richtlinie sieht vor, dass vor jeder Verordnung bei Versicherten, die beatmet werden oder trachealkanüliert sind, das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung beziehungsweise zur Dekanülierung erhoben wird und entsprechende Maßnahmen einzuleiten sind. Diese strukturierte Erhebung soll sicherstellen, dass solche Potenziale frühzeitig erkannt und weitere dann notwendige Behandlungsschritte, wie eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung im stationären Setting, durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte eingeleitet werden.

Eine solche Erhebung kann auch zum Ergebnis haben, dass ein solches Potenzial noch nicht vorliegt, sich aber perspektivisch noch ergeben könnte. Dann sind Therapieziele und Maßnahmen an dem Versuch auszurichten, ein solches Potenzial noch zu heben. Unabhängig davon dienen diese Erhebungen bei allen beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten dem Zweck, mögliche Therapieoptimierungen in der Folge anzustoßen und zu realisieren. Damit kann die regelmäßige Evaluation der Behandlung durch Experten auch bei nicht entwöhnbaren Versicherten medizinisch notwendig sein. Häufig sind es multifaktorielle Ursachen, die eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung verhindern und gegebenenfalls eine dauerhafte Beatmung beziehungsweise Anwendung einer Trachealkanüle indizieren. Liegt ein solcher Fall vor, sind die Gründe, die einer erfolgreichen Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung entgegenstehen, im Rahmen der Erhebung zu dokumentieren.

### **Zu Absatz 2**

Die Erhebung erfolgt durch besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Die Qualifikation dieser sogenannten potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte wird in § 8 festgelegt. Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V sind zur Erhebung auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Qualifikationsvoraussetzungen nach § 8 gelten entsprechend.

### **Zu Absatz 3**

Die Erhebung kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. Mindestens einmal jährlich muss die Erhebung jedoch unmittelbar persönlich erfolgen. Die unmittelbar persönliche Erhebung soll vorrangig am Ort der Leistung erfolgen. Dadurch können gesundheitliche Belastungen für die oder den Versicherten im Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Untersuchung vermieden werden. Ist dies nicht möglich, weil zum Beispiel qualifizierte Ärztinnen und Ärzte nach § 8 fehlen, welche die Erhebung vor Ort durchführen, und die Betroffenen nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand beziehungsweise gesundheitlichen Belastungen transportfähig sind, kann die notwendige fachärztliche Expertise für die jährlich unmittelbar persönlich erforderliche Erhebung auch auf telemedizinischem Wege hinzugezogen werden. Dies muss entsprechend dokumentiert und begründet werden. Die telemedizinische Erhebung entspricht vom Inhalt und Umfang einer persönlichen Erhebung.

### **Zu Absatz 4**

Wenn ein Weaning- oder Dekanülierungspotenzial langfristig nicht sicher ausgeschlossen werden kann, muss die Erhebung regelmäßig, mindestens jedoch alle sechs Monate durchgeführt werden. Dies ist entscheidend für die Optimierung der Versorgung der Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege und stellt insbesondere die obligate regelmäßige fachärztliche Versorgung und insofern die Überprüfung der Indikationen für die Beatmung und Kanülierung sowie die Therapieoptimierung sicher. Dadurch soll eine engmaschige Kontrolluntersuchung durch die potenzialerhebende Ärztin oder den potenzialerhebenden Arzt erfolgen, um mögliche Fortschritte in der Behandlung zu beurteilen und entsprechende Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten. Die Erhebung darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein. Durch diesen Zeitraum wird ein enger zeitlicher Bezug zur Verordnung hergestellt und gleichzeitig eine gewisse Flexibilität bei der Terminvergabe für die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte ermöglicht.

### **Zu Absatz 5**

Absatz 5 legt Ausnahmen von den Regelungen in Absatz 1 bis 3 für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte fest, bei denen keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung dauerhaft nicht möglich ist. Auch bei diesen Versicherten muss die Erhebung regelmäßig erfolgen, jedoch bedarf es in diesen Fällen nicht einer so hohen Erhebungsfrequenz wie bei Versicherten, die Aussicht auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung haben.

Wird im Rahmen einer Erhebung festgestellt, dass bei der oder dem Versicherten langfristig keine Aussicht mehr auf eine nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, ist die Erhebung mindestens alle 12 Monate durchzuführen. Ferner darf die Erhebung bei diesen Versicherten zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als sechs Monate sein. Da in diesen Fällen die Erhebung nicht mit einem dringenden medizinischen Behandlungsbedarf verbunden ist, wird den Versicherten und den potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten eine größere Flexibilität bei der Terminfindung ermöglicht. Das ist entsprechend zu dokumentieren und der Krankenkasse im Rahmen der Verordnung mitzuteilen. Im Rahmen dieser Erhebung werden die in § 5 beschriebenen Inhalte mit dem Ziel der Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung erhoben.

### **Zu Absatz 6**

Mit dieser Regelung werden die therapeutischen Belange von Menschen, bei denen aufgrund ihrer Diagnose und des klinischen Bildes weder ein Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit, noch eine vollständige Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung möglich ist, in spezifischer Weise berücksichtigt. Bei diesen Versicherten kann eine regelmäßige Erhebung zu gesundheitlichen Belastungen führen und in der Gesamtbetrachtung kein geeignetes Mittel des Behandlungsverfahrens darstellen. Um gleichzeitig Fehlanreize in der Versorgung zu vermeiden, werden als Voraussetzung für die Entscheidung, bei Betroffenen aus dieser Patientengruppe von einer verpflichtenden Erhebung mit jeder Verordnung abzuweichen, eine fachärztliche Prüfung durch eine Ärztin oder einen Arzt mit einer Qualifikation nach § 8 und gesicherte Diagnosestellung auf Basis eines zweijährigen Untersuchungszeitraums im Rahmen eines Vier-Augenprinzips geregelt. Das bedeutet, dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt gemäß § 9 nicht gleichzeitig die potenzialerhebende Ärztin oder der potenzialerhebende Arzt gemäß § 8 sein darf.

Zudem wird eine Informationspflicht der Krankenkasse gegenüber der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt für den Fall geregelt, dass dem Medizinischen Dienst, der gemäß § 37c Absatz 2 Satz 7 und 8 SGB V auf Veranlassung der Krankenkasse mindestens jährlich eine persönliche Begutachtung der oder des Versicherten durchführt, ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt. Durch die Nutzung dieser bereits bestehenden Struktur soll auch bei Verzicht auf regelmäßige Erhebungen nach § 5 Absatz 5 Satz 1 die Sicherstellung der bedarfsgerechten Behandlung unterstützt werden.

Unabhängig davon kann aber auch die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt bei Hinweisen auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung eine Erhebung nach § 5 veranlassen. Zudem besteht ein Anspruch der Versicherten auf eine entsprechende Erhebung hinsichtlich der Möglichkeiten zur Therapieoptimierung, auch wenn in Hinblick auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft kein Potenzial mehr gegeben ist.

### **Zu Absatz 7**

Unabhängig von der Erhebung und deren Frequenz können weitere Kontakte zwischen den Versicherten und den potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten nach § 8 erforderlich sein. Dies bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglicher Komplikationen. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt wirkt auf die Umsetzung der im Rahmen der Erhebung dokumentierten Maßnahmen hin. Die Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird in § 9 festgelegt.

### **Zu Absatz 8**

Absatz 8 enthält eine Liste von Aspekten, die bei beatmeten Versicherten im Rahmen der Erhebung insbesondere erhoben werden sollen. Dies bedeutet, dass es sich bei dieser Liste weder um eine abschließende Aufzählung handelt, noch dass in jedem Fall zu allen Aspekten zwingend eine Erhebung und Dokumentation erfolgen muss.

Die an dieser Stelle aufgeführten Befunde, die für die Beurteilung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning), erhoben werden sollen, orientieren sich inhaltlich an Beschreibungen, die im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 1-717 (Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials) in der Version 2021 und 2022 vorgenommen wurden. Diese wurden vor dem Hintergrund der Hinweise aus dem Stellungnahmeverfahren durch den G-BA für den vertragsärztlichen Bereich bedarfsgerecht weiterentwickelt. Sie sollen in der Gesamtschau die Feststellung ermöglichen, ob ein solches Potenzial vorliegt oder nicht.

Unter Ziffer 2 erfolgt die strukturierte Ermittlung des Patientenwillens. Hierzu gehören sowohl die Sichtweise der oder des Versicherten zur Fortführung oder Anpassung der Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege, als auch zur Durchführung der Beatmungsentwöhnung. Die erhobenen medizinischen Befunde sowie der (mutmaßliche) Patientenwille fließen in die Beurteilung des Weaning-/Dekanülierungspotenzials und deren Umsetzung ein.

Es ist zudem sinnvoll, dass der Zeitpunkt der Erhebung darüber hinaus dafür genutzt wird, um Möglichkeiten der Therapieoptimierung zu klären und diese gegebenenfalls anzustoßen, insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien. Die regelmäßige Erhebung dient bei Versicherten, bei denen die Beatmung aufgrund einer anhaltenden oder fortschreitenden Grunderkrankung dauerhaft indiziert ist, insbesondere der Therapieoptimierung zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensqualität.

Die Berücksichtigung eines Ethik-Fallgesprächs ist nur unter besonderen Umständen (zum Beispiel bei einer möglichen Beendigung der Beatmungstherapie) angemessen und daher kein Bestandteil der regelmäßig zu erhebenden Befunde.

Bei der Erhebung ist neben den medizinischen Befunden auch immer die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu berücksichtigen. Hierdurch soll die Patientenperspektive in die Therapiebewertung eingebracht werden, die durch objektive Parameter nicht adäquat abgebildet wird.

### **Zu Absatz 9**

Durch das GKV-IPReG wurde neben dem § 37c SGB V auch der § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V eingefügt. Demnach gehört zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten. Auf dieser Grundlage wurde der OPS „1-717 Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials“ eingeführt. Da Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements auch außerklinische Intensivpflege verordnen können, bedurfte es einer Regelung, damit Krankenhäuser keine konkurrierenden Anwendungsvorschriften beachten müssen, wenn es um die konkreten Inhalte der Erhebung geht. Daher hat der G-BA aus Gründen der Rechtssicherheit und -klarheit geregelt, dass bei Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements die Kriterien des vorgenannten OPS (Version 2022) Anwendung finden, wenn es um die konkreten Prüfinhalte der Erhebung geht. Die Anwendung der Kriterien des OPS im Entlassmanagement durch die Krankenhäuser wird den Anforderungen an die Erhebung vor dem Hintergrund der im Krankenhaus bestehenden klinischen Ausgangssituation und technischen Voraussetzungen inhaltlich gerecht. Auch im Rahmen des Entlassmanagements dient die Befunderhebung zudem der Klärung von Möglichkeiten der weiteren Therapieoptimierung. Wurden solche Aspekte identifiziert, sind diese ebenso wie weitere in Absatz 9 genannte Aspekte bei der Verordnung zu berücksichtigen.

### **Zu Absatz 10**

An dieser Stelle werden die Aspekte benannt, welche insbesondere bei der Erhebung des Potenzials zur Dekanülierung bei trachealkanülierten, aber nicht beatmeten Versicherten überprüft werden sollen und bei der Beurteilung des Potenzials zu berücksichtigen sind. Dies bedeutet, dass es sich bei dieser Liste weder um eine abschließende Aufzählung handelt, noch dass in jedem Fall zu allen Aspekten zwingend

eine Erhebung und Dokumentation erfolgen muss. Diese orientieren sich an den diesbezüglichen Inhalten einschlägiger Leitlinien.<sup>1</sup>

Es ist zudem sinnvoll, dass der Zeitpunkt der Erhebung darüber hinaus dafür genutzt wird, um Möglichkeiten der Therapieoptimierung zu klären und diese gegebenenfalls anzustoßen, insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien.

## **A-2.7 Zu § 6 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

### **Zu Absatz 1**

§ 6 Absatz 1 regelt zusätzlich zu den Verordnungsvoraussetzungen nach § 4 der Richtlinie die Verwendung des vereinbarten Verordnungsvordrucks mit Angabe der verpflichtenden Inhalte.

Um den Informationsfluss und die Versorgungskontinuität entsprechend § 37c Absatz 1 Nummer 2 und 3 SGB V sicherzustellen, werden die aus medizinisch-pflegerischer Sicht notwendigen Parameter sowie Angaben zum Beatmungsentwöhnungspotenzial und Dekanülierungspotenzial auf dem Verordnungsvordruck (Verordnungsvordruck außerklinische Intensivpflege) durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt dokumentiert. Dies ermöglicht insbesondere für die versorgenden Leistungserbringer nach § 132l SGB V einen schnellen Überblick zur aktuellen Situation der oder des Versicherten sowie zu den medizinischen und pflegerischen Belangen und ist damit eine Grundlage für die passgenaue Organisation der außerklinischen Intensivpflege im jeweiligen Setting. Auch für eine effiziente Begutachtungspraxis durch den Medizinischen Dienst und das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen sind die Informationen auf der Verordnung von grundlegender Bedeutung.

Neben der medizinischen Begründung für die außerklinische Intensivpflege über die relevante Diagnose und die daraus resultierenden verordnungsrelevanten Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen sind an dieser Stelle auch die Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial zu machen. In der Regel wird ein Potenzial aktuell bei einer Verordnung nicht vorliegen (vgl. hierzu die Ausführungen zu § 2 Absatz 3 der Richtlinie). Dann sind an dieser Stelle unter Rückgriff auf das Ergebnis der Erhebung nach § 5 die Gründe zu benennen, warum der Versuch einer Beatmungsentwöhnung beziehungsweise Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung oder einer Dekanülierung aktuell nicht möglich ist. In manchen Fällen kann die Erhebung gezeigt haben, dass ein Potenzial sich perspektivisch ergeben kann. Auch dies wäre an dieser Stelle zu dokumentieren. Die sich aus dem Ergebnis der Erhebung des Potenzials jeweils ergebenden Therapieziele und Maßnahmen sind unter Nummer 7, 9 und 11 abgebildet.

### **Zu Absatz 1 Nummer 12:**

Sofern Änderungen oder Ergänzungen an den Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach dem Leistungsverzeichnis zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erforderlich werden, können diese in der Pflegedokumentation der Versicherten erfolgen und bedürfen keiner Änderung der Verordnung.

### **Zu Absatz 2**

Der G-BA hat nach § 37c Absatz 1 Satz 8 Nummer 3 SGB V auch das Verfahren zur Feststellung der Therapieziele zu regeln. Für Versicherte, die außerklinische Intensivpflege benötigen, ist es aufgrund der Komplexität der Funktionseinschränkungen, Erkrankungen und Pflegebedarfe besonders wichtig, regelmäßig, gemeinsam mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt, die individuellen Therapieziele zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen. Ziel in diesem Zusammenhang ist eine Einschätzung des Status quo unter den aktuell gesetzten Therapiezielen. In der Folge können die gesetzten Therapieziele bestätigt oder auch Therapiezieländerungen sowie Therapiebegrenzungen vorgenommen werden. Hierbei

---

1 Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Neurogene Dysphagie; S1-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 030-111. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 14.06.2021]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/030-111l\\_Neurogene-Dysphagie\\_2020-05.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-111l_Neurogene-Dysphagie_2020-05.pdf)

spielen neben medizinisch-pflegerischen Aspekten insbesondere ethische Abwägungen und entsprechend § 2 Absatz 5 dieser Richtlinie die Lebensqualität des Versicherten eine wichtige Rolle. Palliativmedizinische Fachkompetenz ist bei Bedarf einzubeziehen. Entsprechend der Therapieziele werden konkrete Maßnahmen verordnet und auch der Zeitraum bis zur erneuten Evaluation festgelegt. Auch die Mitwirkung der An- und Zugehörigen, die im Hinblick auf die Sicherheit und Lebensqualität für die Versicherten oftmals eine besondere Rolle spielen, wird angemessen berücksichtigt. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat in diesem Zusammenhang im Rahmen seines ärztlichen Auftrags insbesondere durch Koordination und gezielte Steuerung eine entscheidende Rolle bei der Sicherstellung der Erreichung der Therapieziele. Um die Therapieziele erreichen zu können, ist eine multidisziplinäre Ausrichtung der Versorgung erforderlich, bei der insbesondere neben dem Leistungserbringer nach § 132I SGB V auch die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt im besonderen Maße Verantwortung trägt.

### **Zu Absatz 3**

Vor dem Hintergrund der komplexen Versorgungsbedarfe der Versicherten ist es aus fachlicher Sicht notwendig, versorgungsrelevante Änderungen an der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nur nach einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Ärztin beziehungsweise den Arzt vorzunehmen. Versorgungsrelevant im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere Änderungen hinsichtlich des Leistungsumfangs und der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege.

### **Zu Absatz 4**

Stellt die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt fest, dass die verordneten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig sind, ist sie oder er verpflichtet, die Krankenkasse schriftlich und unverzüglich darüber in Kenntnis zu setzen.

### **Zu Absatz 5**

Um Versorgungsbrüche, Diskontinuitäten und Informationsverluste bei der Versorgung von Versicherten zu vermeiden, sind im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege zusätzlich zu den grundlegenden Informationen, die aus der Verordnung hervorgehen, spezifische Angaben und konkretisierende Hinweise bezüglich vorhandener Fähigkeiten der oder des Versicherten, Hilfsmitteln, deren Einstellungen, sowie Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege notwendig. Diese werden als Bestandteil der Verordnung in einem individualisierten Behandlungsplan gebündelt. Dies ermöglicht insbesondere den Leistungserbringern in der außerklinischen Intensivpflege nach § 132I SGB V eine adäquate und sichere Versorgung der oder des Versicherten. Zudem ist aufgrund der Komplexität des Versorgungsbedarfes von Versicherten mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege und aufgrund der Vielzahl der beteiligten Akteure (Leistungserbringer nach § 132I SGB V, Heilmittelerbringer, Geräteprovider, Haus- und Fachärzte, Kliniken etc.) zur Sicherung der Behandlungsqualität ein verbindlicher Behandlungsplan zwingend erforderlich. Die Versicherten sollen den Behandlungsplan erhalten. Der G-BA hat die Inhalte des Behandlungsplans abstrakt geregelt. Die weitere Ausgestaltung erfolgt durch die Partner des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä). Dieser enthält als Anlage zum BMV-Ä die „Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“. Auch für die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements gelten gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Da eine Verordnung von außerklinischer Intensivpflege auch und häufig erstmalig im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt, ist zusätzlich zu den Partnern des BMV-Ä die Einbindung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Ausgestaltung des Behandlungsplans zu empfehlen, da die Krankenhäuser in der Ausübung des Ordnungsrechts im Kontext der außerklinischen Intensivpflege in besonderem Maße von den Regelungen zum Behandlungsplan betroffen sind.

**A-2.8 Zu § 7 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege****Zu Absatz 1**

Um bedarfsgerecht und zeitnah die Inhalte der Erstverordnung hinsichtlich der Anforderungen an die komplexe medizinische und pflegerische Versorgung anpassen zu können, wurde in § 7 Absatz 1 Satz 2 eine Formulierung gewählt, die dem Ermessen ärztlicher Entscheidung bei der Dauer der Verordnung Rechnung trägt. So wird abweichend von der Regel ein Verordnungszeitraum von mehr als fünf Wochen im Rahmen der Erstverordnung als Ausnahme ermöglicht. Im Rahmen des Entlassmanagements ist die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege auf einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen begrenzt. Erfolgt die erste Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements, gilt diese als Erstverordnung und ist lediglich für längstens sieben Tage auszustellen. Eine nahtlose Versorgung der Versicherten ist zu gewährleisten.

**Zu Absatz 2**

Eine Verordnungsdauer von bis zur sechs Monaten ist erforderlich, um Änderungen im Versorgungsbedarf zeitnah erkennen und die Verordnung rechtzeitig anpassen zu können. Wenn bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten auf der Grundlage einer Erhebung nach § 5 festgestellt wurde, dass keine Aussicht auf eine nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, können Folgeverordnungen für längstens zwölf Monate ausgestellt werden. Die Gründe dafür gehen aus der Verordnung hervor. Diese Regelung korrespondiert mit § 5 Absatz 5, wonach die Erhebung bei diesen Versicherten mindestens alle zwölf Monate durchzuführen ist.

Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. So kann es aufgrund eines progredienten Krankheitsverlaufes zu Verschlechterungen kommen, die es perspektivisch erforderlich machen könnten, den Versorgungsumfang zu erhöhen. Ebenso ist es möglich, dass aufgrund von prognostizierbaren Gesundheitsverbesserungen in absehbarer Zeit eine Verringerung des Versorgungsumfanges eintreten kann. Diese Aspekte sind bei der Frage, ob die maximal mögliche oder eine kürzere Verordnungsdauer gewählt wird, zu berücksichtigen.

In Absatz 2 Satz 5 wird normiert, dass die regelmäßige (immer wiederkehrende) persönliche Untersuchung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt auch innerhalb der Zeitspanne zwischen zwei Verordnungen erforderlich ist. Dieser stetige persönliche Arzt-Patienten-Kontakt soll die qualitätsgesicherte Versorgung stärken und entsprechend der individuellen Versorgungssituation und den Rahmenbedingungen umgesetzt werden können. Daher wurde auf eine konkretisierende zeitliche Vorgabe verzichtet.

**Zu Absatz 3**

Um die kontinuierliche Versorgung bei anhaltendem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege und entsprechender Folgeverordnung sicherzustellen, ist eine Mindestfrist zur Ausstellung der Folgeverordnung vor Ablauf der Dauer der bestehenden Verordnung von außerklinischer Intensivpflege festgelegt. Sie dient der Vorbereitung und Planungssicherheit der oder des Versicherten und des beauftragten Leistungserbringers nach § 132i SGB V.

**A-2.9 Zu § 8 Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte****Zu Absatz 1**

Die Feststellung des Entwöhnungspotenzials stellt im Rahmen der Kontrolluntersuchung den ersten Schritt dar. Hier wird evaluiert, inwieweit eine weiterführende Kontrolle zur Einstellung oder Entwöhnung notwendig ist.

Da die Bewertung des Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials spezielle fachliche Kompetenzen und Erfahrungen voraussetzt, können nur entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte diese Tätigkeit durchführen.

Entsprechend der Gesetzesbegründung zu § 37c Absatz 1 SGB V (BT-Drs. 19/19368, S. 28) kann die Erhebung des Entwöhnungspotenzials auch durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt als die verordnende [Vertrags-]Ärztin oder den verordnenden [Vertrags-]Arzt erfolgen, die oder der diesbezüglich besondere Kenntnisse hat. Daher hat der G-BA die Anforderungen an die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte differenziert. Für die Beurteilung eines Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials sind spezifische Anforderungen an die durchführenden Ärztinnen und Ärzte erforderlich, die über die Anforderungen in § 9 Absatz 1 hinausgehen.

Für die Erhebung nach § 5 sind Facharztgruppen qualifiziert, die im Rahmen ihrer Facharztausbildung beziehungsweise ihrer Zusatzweiterbildung für mindestens 18 Monate Methoden- und Handlungskompetenzen und praktische Erfahrungen in der Behandlung und Entwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten erworben und nachgewiesen oder die in diesem Umfang eine einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit nachgewiesen haben. Eine auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierte Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist eine spezielle interdisziplinäre Einrichtung, die die besonderen Anforderungen der Respiratorentwöhnung bei langzeitbeatmeten Versicherten erfüllt. Eine solche Einheit hat einen Schwerpunkt in der Versorgung von Versicherten im und nach prolongiertem Weaning und in der Einleitung, Kontrolle und Betreuung von Versicherten mit außerklinischer Beatmung. Einheiten in diesem Sinne sind beispielsweise Einheiten, die berechtigt sind Maßnahmen nach OPS 8-718.8 oder 8-718.9 durchzuführen.

#### **Zu Satz 1 Nummer 1 und 2**

Dazu gehören Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie.

#### **Zu Satz 1 Nummer 3**

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie sind qualifiziert, wenn sie neben ihrer Aus- und Weiterbildung, in der sie bereits für 12 Monate Methoden- und Handlungskompetenzen und praktische Erfahrungen in der Behandlung und Entwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten erworben und nachgewiesen haben, weitere sechs Monate einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit nachweisen.

#### **Zu Satz 1 Nummer 4:**

Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin sind qualifiziert, wenn sie neben ihrer Aus- und Weiterbildung, in der sie bereits für 6 Monate Methoden- und Handlungskompetenzen und praktische Erfahrungen in der Behandlung und Entwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten erworben und nachgewiesen haben, weitere zwölf Monate einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit nachweisen.

#### **Zu Satz 1 Nummer 5:**

Weitere Fachärztinnen und Fachärzte sind qualifiziert, wenn diese eine mindestens 18-monatige einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit nachweisen, da sie im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung keine Methoden- und Handlungskompetenzen und

praktische Erfahrungen in der Behandlung und Entwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten erworben und nachgewiesen haben.

#### **Zu Satz 1 Nummer 6:**

Die häufigste Ursache, die eine über eine Beatmungsnotwendigkeit hinausgehende Trachealkanülen-Versorgung (auch nach erfolgreicher Beatmungsentwöhnung oder ohne dass diese vorgelegen hätte) erfordert, ist eine neurogene Dysphagie. Für die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle und zur regelmäßigen Therapiekontrolle bei trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten sind daher – neben den in den Nummern 1 bis 5 Erwähnten – auch Fachärztinnen und Fachärzte qualifiziert, die mindestens 18 Monate einschlägige Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nachweisen.

Die Qualifikationsanforderungen für die Erhebung in der vertragsärztlichen Versorgung werden in einer Weise festgelegt, die die flächendeckende Verfügbarkeit entsprechend qualifizierter Ärztinnen und Ärzte gewährleistet. Abweichende Erfordernisse im Entlassmanagement werden in Satz 4 berücksichtigt.

#### **Zu Satz 2**

Die Erhebungen haben möglichst umfassend und vollständig zu erfolgen. In § 5 sind Einschätzungen beziehungsweise diagnostische Maßnahmen aufgeführt, die in Einzelfällen über die fachliche Expertise der unter Satz 1 aufgezählten Fachärztinnen und Fachärzte hinausgehen können. Insbesondere kann eine Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen, wie sie unter § 5 Absatz 8 Nummer 1 und § 5 Absatz 10 Nummer 1 gefordert wird, die Durchführung einer fiberoptischen Schluck-Evaluation (§ 5 Absatz 8 Nummer 15 und Absatz 10 Nummer 8) oder die Beurteilung des Trachealkanülen-Sitzes (§ 5 Absatz 8 Nummer 16 und Absatz 10 Nummer 11) das Hinzuziehen weiterer Fachbereiche notwendig machen. Insbesondere ist die konsiliarische Einbindung neurologischer, neurochirurgischer, HNO-ärztlicher oder pädiatrischer Expertise im Einzelfall zielführend und patientenindividuell zu prüfen.

#### **Zu Satz 3**

Bei der Erhebung ist gemäß § 5 Absatz 8 Satz 1 Nummer 4 und Absatz 10 Satz 1 Nummer 4 neben den medizinischen Befunden auch immer die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu berücksichtigen. Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen nach § 5 Absatz 5 Satz 1 festgestellt und dokumentiert wurde, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, zielt die regelmäßige Erhebung nach § 5 im Schwerpunkt auf die Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung zur Verbesserung der Lebensqualität. Bei dieser Patientengruppe kann besonders das Hinzuziehen von Fachärztinnen und Fachärzten, die auf die Grunderkrankung der oder des Versicherten spezialisiert sind, erforderlich sein. Eine entsprechende konsiliarische Einbindung ist deshalb in diesen Fällen zu prüfen.

#### **Zu Satz 4**

Durch das GKV-IPReG wurde neben dem § 37c SGB V auch der § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V eingefügt. Demnach gehört zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten. Auf dieser Grundlage wurde der OPS „1-717 Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials“ eingeführt. Da Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements auch außerklinische Intensivpflege verordnen können, bedurfte es einer Regelung, damit Krankenhäuser keine konkurrierenden Anwendungsvorschriften beachten müssen, wenn es um die Qualifikation der erhebungsberechtigten Ärzte geht. Daher hat der G-BA geregelt, dass bei Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements die Qualifikationsanforderungen des vorgenannten OPS (Version 2022) Anwendung finden, wenn es um die Durchführung der Erhebung geht. Die erhöhten Anforderungen an die Qualifikation im Rahmen des Entlassmanagements werden vor diesem Hintergrund und aufgrund der besonderen Bedeutung der Potenzialerhebung vor der Entlassung in die weitere außerklinische Versorgung als angemessen erachtet.

**Zu Satz 5**

Eine Gruppe der Versicherten, für die die Verordnung außerklinischer Intensivpflege in Betracht kommen kann, stellen Versicherte dar, die zwar nicht beatmet aber trachealkanüliert sind. Werden bei diesen Versicherten das Potenzial zur Entfernung der Trachealkanüle erhoben und Möglichkeiten der Therapieoptimierung geprüft (siehe § 5 Absatz 10), kommen dafür auch im Rahmen des Entlassmanagements ebenso Fachärztinnen und Fachärzte in Betracht, welche über eine mindestens 18-monatige Erfahrung in der Behandlung entsprechend Betroffener in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügen.

**Zu Absatz 2**

Die Befugnis zur Durchführung der Erhebung nach § 5 bedarf einer Genehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Dies gilt auch für die Leistungserbringer, welche auf Grundlage von § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V zum Zweck der Erhebung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen erfüllt. Die Befugnis zur Durchführung der Erhebung nach § 5 im Rahmen des Entlassmanagements bedarf keiner Genehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

**Zu Absatz 3**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung regelmäßig unter anderem Angaben zum Vorliegen von Abrechnungsgenehmigungen für besonders qualitätsgesicherte Leistungsbereiche in der vertragsärztlichen Versorgung.

Dies betrifft auch die Ärztinnen und Ärzte, die gemäß § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V zum Zweck der Erhebung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Eine Übersicht der entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzte gemäß §§ 8 und 9, wird im Gesundheitsportal nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht. Dies ermöglicht die Kontaktaufnahme und eine differenzierte Suche nach Ärztinnen und Ärzten, die für die Erhebung oder die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege qualifiziert sind.

**Zu Absatz 4**

§ 8 Absatz 4 stellt klar, dass sich die aufgeführten Facharztbezeichnungen nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten und auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte einschließen, welche entsprechende Bezeichnungen nach altem Recht führen.

**A-2.10 Zu § 9 Qualifikation der verordnenden Ärztinnen und Ärzte****Zu Absatz 1**

Entsprechend des in §§ 5 und 6 beschriebenen abgestuften Behandlungsverfahrens wird einerseits zwischen Qualitätsanforderungen an Ärztinnen und Ärzte, die verordnen und andererseits Qualitätsanforderungen an Ärztinnen und Ärzte, die das Entwöhnungspotenzial feststellen, unterschieden. Dadurch werden die verfügbaren ärztlichen Ressourcen optimal eingesetzt.

Nach § 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V dürfen nur besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte außerklinische Intensivpflege verordnen. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt stellt dabei insbesondere Therapieziele auf und trägt die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung der oder des Versicherten einschließlich der rechtzeitigen Einleitung des Verfahrens zur Erhebung. In der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (BT-Drs. 19/19368, S. 27) werden die Fachärztinnen und Fachärzte aufgezählt, die auch der Gesetzgeber als besonders qualifiziert bewertet. Darüber hinaus können Hausärztinnen und Hausärzte besonders qualifiziert sein. Sie haben eine

zentrale Position bei der Betreuung der Versicherten, aus der heraus sie deren Kontextfaktoren und Lebensumstände kennen und einschätzen sowie der komplexen Behandlungsbedarfe gerecht werden können.

Um bei einem unerwarteten Krankheitsverlauf von beatmungspflichtigen oder trachealkanülierten Versicherten entsprechend reagieren und die Versicherten unter anderem zu pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen beraten zu können, müssen die verordnenden Hausärztinnen und Hausärzte über theoretische und praktische Kompetenzen im Umgang mit Beatmung (nicht-invasiv, invasiv), Tracheostoma, Trachealkanülenmanagement, speziellem Sekretmanagement, zu speziellen Aspekten der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Notfallsituationen und Dysphagie verfügen. Durch diese Regelung wird einerseits ermöglicht, dass Hausärztinnen und Hausärzte außerklinische Intensivpflege weiterhin verordnen können. Andererseits trägt der G-BA den besonderen Belangen von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege Rechnung und kommt somit den gesetzlichen Anforderungen nach § 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V nach, wonach die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt zu erfolgen hat, „(...) die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist“.

Die entsprechenden Kompetenzen von Hausärztinnen und Hausärzten sind von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen des antragsabhängigen Genehmigungsverfahrens zu prüfen und die Verordnungsbefugnis zu genehmigen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller bestätigt, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt. Ist das nicht der Fall und soll dennoch durch Hausärztinnen und Hausärzte eine Verordnung ausgestellt werden, muss sie oder er erklären, dass sie oder er sich die erforderlichen Kompetenzen innerhalb von 6 Monaten aneignet. Das ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Anschluss nachzuweisen. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßige Fortbildungen mit folgenden Inhalten anzubieten:

1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),
2. prolongiertes Weaning,
3. Tracheostoma,
4. Trachealkanülenmanagement,
5. Sekretmanagement,
6. spezielle Hilfsmittel,
7. Notfallsituationen,
8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter und
9. die spezifischen Aspekte der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.

Der Medizinische Dienst kann – je nach regionaler Absprache – an der Konzeption der Fortbildungen beteiligt werden.

Durch die vorgenannten Regelungen wird gewährleistet, dass Hausärztinnen und Hausärzte über die erforderlichen Kompetenzen im Umgang mit dieser Personenkielentel verfügen.

Satz 7 stellt klar, dass eine notwendige Hinzuziehung von ergänzender Fachexpertise auch konsiliarisch erfolgen kann.

### **Zu Absatz 2 Satz 1**

Bei einer kleinen Gruppe von Versicherten besteht Bedarf an außerklinischer Intensivpflege gemäß den Voraussetzungen des § 4 Absatz 1, ohne dass sie trachealkanüliert oder beatmungspflichtig sind. Da die Vorgaben nach § 9 Absatz 1 auf die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für beatmete Versicherte oder trachealkanülierte Versicherte ausgerichtet sind, bedarf es in diesem Kontext für die Verordnung abweichend von diesen Vorgaben einer an der spezifischen Erkrankung orientierten fachärztlichen Qualifikation.

**Zu Absatz 2 Satz 2**

Aufgrund der besonderen Indikation und der damit verbundenen speziellen Versorgung soll grundsätzlich nur die auf diese Erkrankung spezialisierte Vertragsärztin oder der auf diese Erkrankung spezialisierte Vertragsarzt nach persönlicher Untersuchung die außerklinische Intensivpflege verordnen. Mit der Regelung in § 9 Absatz 2 soll weiteren an der Behandlung der oder des Versicherten beteiligten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten ermöglicht werden, außerklinische Intensivpflege zu verordnen. Die Verordnung in diesen Fällen erfolgt jedoch nur gemeinsam, d. h. im Rahmen eines Konsils mit den Fachärztinnen und Fachärzten, die auf die Erkrankung der oder des jeweiligen Versicherten spezialisiert sind. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die Veranlassung der außerklinischen Intensivpflege.

**Zu Absatz 3**

§ 9 Absatz 3 stellt klar, dass sich die aufgeführten Facharztbezeichnungen nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten und auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte einschließen, welche entsprechende Bezeichnungen nach altem Recht führen.

**A-2.11 Zu § 10 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements****Zu Absatz 1**

Gemäß § 37c Absatz 1 Nummer 4 SGB V ist in der AKI-RL die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung der außerklinischen Intensivpflege verordnen dürfen, zu regeln. Um klarzustellen, dass auch bei einer Verordnung der außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus die Qualifikationsanforderungen dieser Richtlinie für die verordnende Vertragsärztin und den verordnenden Vertragsarzt gelten, wird in § 10 Absatz 1 auf § 9 verwiesen.

In § 10 wird der Prozess der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für diejenigen Versicherten geregelt, bei denen diese unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist. Außerklinische Intensivpflege kann der gesetzlichen Regelung des § 39 Absatz 1a Satz 9 zweiter Halbsatz SGB V folgend im Zuge des Entlassmanagements für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen verordnet werden.

**Zu Absatz 2**

Mit der Regelung wird eine frühzeitige Vorbereitung auf Basis konkreter Informationen zu den Verordnungsinhalten ermöglicht und dadurch der besonders aufwändigen Vorbereitung der Entlassung in die außerklinische Intensivpflege bei komplexen Versorgungsbedarfen Rechnung getragen.

**Zu Absatz 3**

Die Zielrichtung des GKV-IPReG ist unter anderem, nicht erforderliche Versorgungen mit außerklinischer Intensivpflege zu vermeiden. Um dieses Ziel zu erreichen ist im Versorgungsprozess ein besonderes Augenmerk auf die Entlassung aus dem Krankenhaus zu legen. An dieser Stelle entscheidet sich maßgeblich, ob tatsächlich erst nach Ausschöpfung des Weaningpotenzials eine Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege erfolgt. Aus diesem Grunde darf das Krankenhaus Versicherte nur dann entlassen, wenn zuvor das Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial erhoben worden ist und im Falle eines aktuell bestehenden Potenzials eine Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung, gegebenenfalls auch in einer anderen Klinik, eingeleitet worden ist. Hiermit soll das auch in der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (BT-Drs. 19/19368) mehrfach zum Ausdruck gebrachte Ziel erreicht werden, dass Potenziale zur Beatmungsentwöhnung bei Versicherten ausgeschöpft werden, bei denen etwa nach intensivmedizinischer Krankenhausbehandlung mit maschineller Atemunterstützung eine längerfristige Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) in Betracht kommt und in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus durchgeführt werden kann. Dieser Grundsatz ist in der AKI-RL zu berücksichtigen.

**Zu Absatz 4**

Die Feststellung durch die Krankenkasse, ob die Voraussetzungen für den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege erfüllt sind, wird gemäß des § 37c Absatz 2 Satz 6 in Verbindung mit § 275 Absatz 2 Nummer 5 SGB V nach persönlicher Begutachtung der oder des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Eine persönliche Begutachtung der oder des Versicherten am Leistungsort kann erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen. Umso wichtiger ist an dieser Stelle ein strukturiertes gemeinsames Vorgehen von Krankenhaus, Krankenkasse, Versicherter oder Versicherterem und Leistungserbringer nach § 132l SGB V im Vorfeld der Entlassung. Brüche in der Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, beispielsweise aufgrund von Differenzen in Bezug auf den geeigneten Leistungsort oder durch fehlende Kapazitäten von Leistungserbringern nach § 132l SGB V, können so vermieden werden.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine gelungene Überführung in die außerklinische Intensivpflege ist dabei die frühzeitige und nachhaltige Einbindung der Krankenkasse. Wenn das Krankenhaus zu der Einschätzung gelangt, dass nach der Entlassung eine außerklinische Intensivpflege erforderlich ist, hat es die Krankenkasse unverzüglich zu informieren. In der Regel wird dies mindestens 14 Tage vor der Entlassung erfolgen. Die Krankenkasse klärt unverzüglich, ob ein Bedarf bei der oder dem Versicherten für eine Beratung nach § 37c Absatz 1 Satz 3 SGB V, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach § 37c Absatz 2 SGB V, besteht und führt diese Beratung gegebenenfalls mit der oder dem Versicherten durch.

Insbesondere auch aufgrund des Beratungsauftrages der Krankenkasse zum geeigneten Versorgungsort soll die Krankenkasse in die Organisation der Anschlussversorgung einbezogen werden, noch bevor ein Leistungserbringer nach § 132l SGB V einbezogen worden ist. Die Versicherten sind jedoch nicht dazu verpflichtet, eine solche Beratung in Anspruch zu nehmen.

Auch darf das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten nicht eingeschränkt werden.

Das Krankenhaus wird in Abstimmung mit der oder dem Versicherten Kontakt mit geeigneten Leistungserbringern nach § 132l SGB V zur Klärung der Möglichkeit der Weiterversorgung und zur Abstimmung eines Entlasstages aufnehmen. Hierzu kann die Krankenkasse der oder dem Versicherten und dem Krankenhaus kurzfristig nach der Verständigung auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte eine Liste der Leistungserbringer übermitteln, mit denen hierzu Versorgungsverträge gemäß § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.

Eine weitere Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers stellt neben der gegebenenfalls von der Krankenkasse übermittelten Übersicht an Leistungserbringern auch die Liste der Leistungserbringer nach § 132l Absatz 8 SGB V dar.

Nach Abstimmung mit dem gewählten Leistungserbringer nach § 132l SGB V wird die Krankenkasse über den voraussichtlichen Entlasstag informiert. Derzeit ist nicht absehbar, wie sich die Kapazitäten der Leistungserbringer für die außerklinische Intensivpflege nach § 132l SGB V regional entwickeln werden. Für den Fall, dass der oder die in Aussicht genommene(n) Leistungserbringer nach § 132l SGB V keine für die Versorgung der oder des Versicherten ausreichenden Kapazitäten hat, stimmen sich die oder der Versicherte, das Krankenhaus und die Krankenkasse zum weiteren Vorgehen ab, um eine kontinuierliche Versorgung der oder des Versicherten sicherzustellen. Dies beinhaltet erforderlichenfalls auch eine erneute Beratung der oder des Versicherten durch die Krankenkasse.

Gegebenenfalls unterstützt die Krankenkasse den Prozess auch durch die Benennung von geeigneten Leistungserbringern mit verfügbaren Versorgungskapazitäten, soweit ihr diese bekannt sind.

**Zu Absatz 5**

Die Regelung geht auf den Fall ein, dass Versicherte, die bereits außerklinische Intensivpflege auf Grundlage einer gültigen Verordnung erhalten, einer stationären Krankenhausbehandlung bedürfen. Grundsätzlich erfolgt demnach im Rahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus keine Verordnung von außerklinischer Intensivpflege, wenn bei der oder dem Versicherten bereits vor Beginn der

Krankenhausbehandlung Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer gültigen Verordnung erbracht wurden und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter erbracht werden sollen. Voraussetzung dafür ist, dass die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen. Die bestehende Verordnung bleibt somit nach dem Krankenhausaufenthalt weiterhin gültig.

In den Fällen, in denen die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt Anpassungen an der bestehenden Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach der Krankenhausentlassung in einem erheblichen Umfang für erforderlich hält, stellt sie oder er eine Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements aus. Ein solch erheblicher Umfang liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Beatmungspflichtigkeit neu hinzugekommen oder entfallen ist oder Anpassungen hinsichtlich des Leistungsumfangs erforderlich sind, die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen.

In den Fällen, in denen Versicherte mit außerklinischer Intensivpflege im Krankenhaus behandelt und ohne wesentliche Veränderungen am Gesamtzustand entlassen werden, gibt das Krankenhaus der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt Hinweise auf einen möglichen Anpassungsbedarf der Verordnung.

Satz 3 stellt klar, dass eine bestehende Verordnung bei entsprechend langem Verordnungszeitraum auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig bleibt, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen. Eine Verlängerung der Gültigkeit der bestehenden Verordnung um den Zeitraum der Krankenhausbehandlung ist nicht möglich. Dies hat verfahrensrechtliche Gründe. Eine solche Leistungsgewährung setzt die Genehmigung der Leistung durch die Krankenkasse voraus.

#### **Zu Absatz 6**

Es wird zur Umsetzung des Entlassmanagements klargestellt, dass zur Vorbereitung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung die im ambulanten Bereich weiterbehandelnde Vertragsärztin oder der weiterbehandelnde Vertragsarzt über die Verordnung mit ausreichend zeitlichem Vorlauf zu informieren ist. Diese frühzeitige Einbeziehung ist besonders bei den komplexen Versorgungsbedarfen der von außerklinischer Intensivpflege betroffenen Versicherten für eine nahtlose Anschlussversorgung erforderlich.

#### **Zu Absatz 7**

In Absatz 7 wird klargestellt, dass der nach § 11 Absatz 4 SGB V bestehende Anspruch von Versicherten auf ein Versorgungsmanagement unberührt bleibt. Insbesondere soll durch den Verweis ausdrücklich auf die Vorschrift des § 11 Absatz 4 Satz 5 SGB V hingewiesen werden, die dem Schutz der informationellen Selbstbestimmung dient. Danach setzt ein Versorgungsmanagement die dazu erforderliche Übermittlung von Daten und die Einwilligung der Versicherten voraus.

Bezugnehmend auf die diesbezüglichen Verweise in § 40 Absatz 2 SGB V und § 41 SGB V haben Versicherte durch entsprechende Anwendung des § 39 Absatz 1a SGB V ebenfalls einen Anspruch auf Entlassmanagement gegen stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 40 SGB V in Verbindung mit § 111 und Einrichtungen nach § 41 in Verbindung mit § 111a SGB V. Daher kann auch von diesen Einrichtungen im Rahmen der Entlassung außerklinische Intensivpflege verordnet werden. Danach gelten die vorstehenden Regelungen, die sich auf Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte beziehen, für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation entsprechend.

#### **A-2.12 Zu § 11 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege**

Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sind durch die Krankenkasse zu bewilligen. Orientiert an den Regelungen zur Genehmigung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege in § 6 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie werden die Schritte dieses Verfahrens geregelt.

Dass im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege eine Leistungsbewilligung durch die Krankenkassen erfolgt, setzt der Wortlaut des § 37c SGB V an mehreren Stellen voraus. So weist § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V der Krankenkasse ausdrücklich die Zuständigkeit für die Feststellung bestimmter Anspruchsvoraussetzungen zu. Weiterhin werden in § 37c Absatz 6 SGB V Berichtspflichten des GKV-Spitzenverbandes geregelt. Diese Berichtspflichten beziehen sich gemäß § 37c Absatz 6 Satz 2 Nummer 4 SGB V ausdrücklich auf Angaben zu Widerspruchsverfahren in Bezug auf die Leistungsbewilligung und deren Ergebnis.

Wenn § 37c SGB V eine Leistungsbewilligung der Krankenkasse im Sinne eines Verwaltungsaktes voraussetzt, so folgt daraus, dass bei der Krankenkasse im Vorfeld ein Verwaltungsverfahren (im Sinne eines Genehmigungsverfahrens) geführt werden muss. Dass sich aufgrund der geänderten Terminologie in § 37c SGB V („Leistungsbewilligung“ statt „Genehmigung“) ein materieller Unterschied ergibt, ist nicht ersichtlich. Um sicherzustellen, dass das bisherige in § 6 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie geregelte Genehmigungsverfahren auch in der AKI-RL Anwendung findet, hat der G-BA den Begriff „Genehmigungsverfahren“ verwendet. Der Begriff „Genehmigungsverfahren“ ist in der Praxis akzeptiert. Er findet sich nicht nur in mehreren Richtlinien des G-BA zu den veranlassten Leistungen, sondern auch in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V, die u. a. auch die vertraglichen Grundlagen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege im Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Pflegediensten regeln.

### **Zu Absatz 2 Satz 1**

Nach § 275 Absatz 2 Nummer 5 SGB V haben die Krankenkassen den Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 Satz 1 SGB V durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen.

Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach § 37c Absatz 1 SGB V (Leistungsvoraussetzungen) und § 37c Absatz 2 Satz 1 bis 3 SGB V (Leistungsort, berechnigte Wünsche des Versicherten, Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort oder gegebenenfalls Nachbesserungsmaßnahmen unter Berücksichtigung persönlicher, familiärer und örtlicher Umstände) erfüllt sind, wird gemäß § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung der oder des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung gemäß § 37c Absatz 2 Satz 7 SGB V jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Leistungsvoraussetzungen oder die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung gemäß § 37c Absatz 2 Satz 8 SGB V zu einem früheren Zeitpunkt durchführen.

### **Zu Absatz 2 Satz 2**

Für die Behandlungsplanung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes und die (weitere) Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ist ein zeitnahe transparenter Informationsfluss zur Leistungsentscheidung der Krankenkassen gegenüber der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und der oder dem Versicherten erforderlich und wird verpflichtend gegenüber der Krankenkasse festgelegt.

### **Zu Absatz 3**

§ 11 Absatz 3 Satz 1 regelt, dass die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Bewilligung der Leistung die Kosten für vertragsärztlich verordnete Leistungen der außerklinischen Intensivpflege übernimmt, wenn die Verordnung spätestens an dem vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird.

Die Frist wird unter Berücksichtigung der Interessen von Versicherten, Leistungserbringern und Krankenkassen als angemessen, ausreichend und ausgewogen angesehen. Zu berücksichtigen sind insoweit,

- die Zielsetzung der Regelungen zur vorläufigen Kostenzusage, dass insbesondere die oder der Versicherte sowie der Leistungserbringer nach § 132I SGB V zunächst auf den Bestand der Verordnung vertrauen und die verordneten Leistungen sofort erbracht werden können, ohne dass bereits eine Leistungsentscheidung der Krankenkasse vorliegt; diese Leistungsentscheidung muss der Krankenkasse jedoch zeitnah mit der Übermittlung der Verordnung ermöglicht werden,
- dass eine Fristüberschreitung bestehende Leistungsansprüche nicht tangiert; wenn die verordneten Leistungen notwendig und die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, können etwaige Leistungen auch dann zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wenn die Verordnung verfristet eingereicht wurde; Verordnungen werden – sofern die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen – ab dem in der Verordnung angegebenen Beginn-Datum genehmigt.

#### **Zu Absatz 4**

Absatz 4 konkretisiert die leistungsrechtliche Grundlage der Inhalte und des Umfangs der Leistungserbringung durch den beauftragten Leistungserbringer nach § 132I SGB V.

### **A-2.13 Zu § 12 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination von außerklinischer Intensivpflege**

#### **Zu Absatz 1**

Der Stellenwert einer guten Kooperation und Koordination gesundheitlicher Versorgung ist aufgrund der Komplexität der Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und deren Behandlungsverläufen in der außerklinischen Intensivpflege besonders hoch. Bei den Versicherten müssen – abhängig von der Art und Dauer ihrer Erkrankung – zahlreiche Leistungserbringer in ihre Behandlung einbezogen werden. Der G-BA regelt daher, dass die Verantwortung für die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Koordination der medizinischen Behandlung sowie die rechtzeitige Einleitung des Verfahrens zur Erhebung nach § 5 der verordnenden Vertragsärztin beziehungsweise dem verordnenden Vertragsarzt obliegt. Dadurch ist sichergestellt, dass eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Beteiligter mit geregelten Verantwortlichkeiten gewährleistet wird.

#### **Zu Absatz 2**

Eine bedarfsgerechte Kooperation und Koordinierung der notwendigen therapeutischen Leistungen ist gemäß den Vorgaben dieser Richtlinie herzustellen. Dies kann u.a. durch vernetztes Arbeiten und eine strukturierte Koordination und Kooperation der ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer sowie dokumentierte Absprachen zwischen den Beteiligten umgesetzt werden. Da der Kooperation mit spezialisierten Einrichtungen in der Versorgung von Versicherten im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege eine besondere Bedeutung zukommt, sollen entsprechende Kooperationen im Rahmen von regionalen Versorgungsnetzwerken erfolgen. Spezialisierte Einrichtungen können zum Beispiel spezialisierte Einrichtungen für Versicherte mit Querschnittlähmung, für neuromuskuläre Erkrankungen, für Dysphagie oder sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sein.

#### **Zu Absatz 3**

Junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, sind häufig über viele Jahre aufgrund einer angeborenen oder chronisch fortschreitenden Erkrankung in Behandlung bei einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt. Die betreffenden Ärztinnen und Ärzte sind deshalb mit der persönlichen Entwicklung dieser Versicherten und ihrem individuellen Krankheitsverlauf sehr vertraut. Absatz 3 stellt die Versorgungskontinuität für diese Versicherten bei der Überleitung von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin sicher. Diese Phase des Übergangs birgt sowohl für die jungen Volljährigen (und deren Eltern) als auch für die profes-

sionellen Akteure einige Herausforderungen. In dieser Zeit kommt es zum Beispiel häufiger zu Therapieabbrüchen oder mangelnder Medikamenteneinnahme. Um eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten und Versorgungsbrüche zu vermeiden, soll dieser Übergang geplant und fließend erfolgen. Daher sollten mit Jugendlichen (und deren Familien) frühzeitig Themen der Transition in die Erwachsenenmedizin besprochen werden. Dazu sind eine frühzeitige Kontaktaufnahme und die Einbindung der oftmals langjährig behandelnden Ärztin beziehungsweise des oftmals langjährig behandelnden Arztes der Kinder und Jugendlichen in das multidisziplinäre Netzwerk notwendig.

#### **Zu Absatz 4**

Im Sinne der Berufsgesetzgebung (§ 5 Pflegeberufegesetz) obliegt den Pflegenden die Durchführungsverantwortung für ärztlich angeordnete Maßnahmen. Ebenso müssen sie interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen kommunizieren und effektiv zusammenarbeiten sowie die pflegerischen Maßnahmen evaluieren. Im Kontext der außerklinischen Intensivpflege ist dies von besonderer Wichtigkeit, da der Leistungserbringer nach § 132I SGB V aufgrund seiner durchgängigen Anwesenheit bei der oder dem Versicherten in besonderem Maße Veränderungen in der Pflegesituation beziehungsweise Veränderungen, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken, feststellen kann. Die Regelung dient der transparenten Information gegenüber der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt bei Änderungen am Versorgungsbedarf. Auf diese Weise wird ebenfalls die zeitnahe bedarfsgerechte Anpassung der Behandlung gestärkt.

Sofern die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt Grenzwerte der Vitalzeichen definiert hat und diese über- oder unterschritten werden, hat der Leistungserbringer nach § 132I SGB V die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt zu informieren, damit gegebenenfalls zeitnah interveniert werden kann.

#### **Zu Absatz 5**

In diesem Absatz werden insbesondere Anforderungen an die notwendige Rückkopplung des Leistungserbringers nach § 132I SGB V an die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt konkretisiert. Aufgrund der durchgängigen Anwesenheit des Leistungserbringers nach § 132I SGB V liegt die Verantwortung, Anzeichen, die auf Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial schließen lassen, unverzüglich an die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt weiterzugeben, beim Leistungserbringer nach § 132I SGB V. Liegen entsprechende Informationen vor, leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bei Bedarf erforderliche Maßnahmen ein, beispielsweise eine vertiefte Diagnostik, logopädische Maßnahmen, die Anbahnung der Entwöhnung in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit oder die Planung einer Dekanülierung in einer dafür spezialisierten Einrichtung. Die Krankenkasse ist über das Ergebnis zu informieren.

#### **Zu Absatz 6**

Eine Beteiligung der An- und Zugehörigen an der im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege verordneten Versorgung zielt insbesondere bei einer Versorgung im Haushalt der Familie der oder des Versicherten auf den Schutz der Familie und der Persönlichkeitsrechte der Versicherten und Ihrer Familienangehörigen. Die Beteiligung der An- und Zugehörigen muss in dem gewünschten Umfang ermöglicht werden, sofern die eigenständige Bewältigung des Versorgungsalltags auch unter Berücksichtigung der Familiensituation möglich ist, eine qualifizierende Anleitung in dem erforderlichen oder gewünschten Umfang nach § 3 Absatz 1 Nummer 10 erfolgt ist und die fachgerechte Versorgung auch in Abstimmung mit dem Leistungserbringer nach § 132I SGB V sowie dem verordnenden Vertragsarzt oder der verordnenden Vertragsärztin durch die An- und Zugehörigen gewährleistet werden kann. Die Krankenkasse wird durch die Verordnerin oder den Verordner über den im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang unverzüglich informiert.

#### **Zu Absatz 7**

Der Leistungserbringer nach § 132I SGB V ist im Rahmen der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben für die umfassende und prozessorientierte Pflege der Versicherten verantwortlich. Um dieser Verantwortung

gerecht zu werden, ist es notwendig, dass die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt den Leistungserbringer nach § 132I SGB V zeitnah über neue pflegerelevante Befunde informiert, damit dieser unmittelbar die Ziele und Maßnahmen der Pflege den neuen Bedarfskonstellationen anpassen kann.

### **Zu Absatz 8**

Um den Versorgungsverlauf bewerten zu können, sind die Hausbesuche regelmäßig durchzuführen. Dabei sind durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt die Pflegedokumentation und bei beatmeten Versicherten zusätzlich die im Beatmungsgerät hinterlegten Beatmungsparameter und das Beatmungsprotokoll auszuwerten.

Was zum Beispiel die Wirksamkeit und Umsetzung der therapeutischen Zielsetzungen angeht, liefert die Pflegedokumentation wertvolle Informationen, die einen umfassenden Eindruck der Versorgungssituation erst ermöglichen. Um einen unbürokratischen und zügigen Informationsfluss in Richtung Leistungserbringer nach § 132I SGB V sicherzustellen, werden entsprechende Anordnungen direkt in der Pflegedokumentation vermerkt.

### **A-2.14 Zu § 13 Evaluation**

Da der G-BA mit dieser Richtlinie den Anspruch der Versicherten auf außerklinische Intensivpflege vollständig aus der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in die AKI-RL überführt und die Inanspruchnahme infolge der Umsetzung der Regelungsaufträge nach § 37 Absatz 1 SGB V an weitere Voraussetzungen geknüpft wird, soll der G-BA die Umsetzung und Wirkung dieser Richtlinie vier Jahre nach Inkrafttreten überprüfen, um erforderlichenfalls eine Anpassung der Richtlinie vornehmen zu können.

Besonderes Augenmerk soll dabei auf die Auswirkungen der Versorgung und die Entwicklung der zur Verfügung stehenden verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie der zur Verfügung stehenden potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte gelegt werden, auch im Verhältnis zu dem nach dieser Richtlinie entstehenden Versorgungsbedarf, der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Krankentransporten beziehungsweise der Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten gemäß den Ausnahmeregelungen des § 5 Absatz 3.

### **A-2.15 Zu § 14 Inkrafttreten und Übergang zur Leistungserbringung nach § 132I SGB V**

Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V in Verbindung mit der vorliegenden Richtlinie ersetzt den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in Verbindung mit der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Der Gesetzgeber hat eine mehrjährige Übergangszeit vorgesehen, da zunächst die erforderlichen Umsetzungsschritte (nach der AKI-RL des G-BA auch Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V und Abschluss von Versorgungsverträgen gemäß § 132I Absatz 5 SGB V) erfolgen müssen, so dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege bis zum 30. Oktober 2023 bestehen bleibt.

### **Zu Absatz 1**

Die AKI-RL tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie können jedoch erst ab dem 1. Januar 2023 erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt können Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nur gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie verordnet werden. Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, die vor dem 1. Januar 2023 ausgestellt wurden, verlieren ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit. Eine korrespondierende Übergangsregelung wurde in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie implementiert und damit eine kontinuierliche Möglichkeit der Verordnung der Leistungen sichergestellt.

Erst ab dem 1. Januar 2023 sind voraussichtlich alle Voraussetzungen erfüllt, um eine Verordnung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege auf Basis der AKI-RL zu ermöglichen. Die umfassende Neugestaltung der bisherigen Versorgungslandschaft einschließlich der Implementierung sektorenübergreifender Versorgungspfade werden erstmalig umzusetzen sein. Es sind umfangreiche Schritte zur Vorbereitung notwendig, um eine koordinierte Einführung dieser Versorgungsleistungen zu ermöglichen.

Dieser Beschluss zur Erstfassung einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege steht im Zusammenhang mit notwendigen Anpassungen des nach § 87 SGB V in Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag zu vereinbarenden Vordruckes für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. Aus diesem Grund müssen die Vorlaufzeiten für die Änderung von Vordrucken in der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden. Dazu gehören neben dem Druck und der Distribution der neuen Vordrucke auch Anpassungen in den Praxisverwaltungssystemen, die zur Bedruckung oder Erstellung eines Vordruckes sowie eines einheitlichen Behandlungsplanes nach Vorgaben in § 6 der Richtlinie notwendig sind. Auch sind die Festlegung des ärztlichen Leistungsumfanges sowie Verhandlungen und Beschlussfassung zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu berücksichtigen.

Zudem nehmen die Prüfung der Qualifikationsvoraussetzungen und Erteilung einer versorgungsrelevanten Anzahl von Genehmigungen für verordnende und potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte nach § 8 und § 9 sowie der Aufbau eines bundesweit einheitlichen Weiter- und Fortbildungsprogrammes zur ergänzenden Qualifizierung von hausärztlichen Leistungserbringenden nach § 9 entsprechende Zeit in Anspruch.

Da die außerklinische Intensivpflege auch in den Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements verordnet wird, müssen auch hier die Vorlaufzeiten berücksichtigt werden. Der Beschluss zur AKI-RL macht eine Anpassung des Rahmenvertrages Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V notwendig, allen Krankenhäusern müssen die Verordnungsmuster zur Verfügung stehen und ebenfalls müssen Softwaresysteme angepasst werden.

Die Vorgabe eines Stichtages erfolgt, um die oben genannten Schritte zielstrebig und verbindlich umzusetzen sowie eine klare Kommunikationsstrategie an alle Beteiligten aus der Pflege sowie vertragsärztlicher und stationärer Versorgung zu ermöglichen. Heterogene Versorgungslandschaften, in denen einzelne Leistungserbringer noch nach der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie und andere bereits nach AKI-RL verordnen, könnten unter anderem zu Brüchen der interdisziplinär angelegten Versorgungspfade führen, das in § 12 angelegte Konzept der Netzbildung nachhaltig verzögern und die kontinuierliche Patientenversorgung gefährden.

Mit dieser Regelung soll insbesondere Transparenz für die Beteiligten vor Ort geschaffen werden.

### **Zu Absatz 2**

Grundsätzlich werden die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie nur durch Leistungserbringer erbracht, die hierfür Verträge mit den Krankenkassen nach § 132I Absatz 5 SGB V abgeschlossen haben. Den Verträgen sind die Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V zugrunde zu legen. Aus Gründen der Transparenz ist an dieser Stelle zudem die gesetzliche Regelung des § 132I Absatz 5 Satz 6 SGB V wiedergegeben, wonach Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V so lange fortgelten, bis sie durch Verträge nach § 132I Absatz 5 Satz 1 SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

### A-3 Würdigung der Stellungnahmen

Die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen wurden durch den Unterausschuss Veranlasste Leistungen ausgewertet und in die Beratungen einbezogen. Aufgrund der vorgetragenen Argumente zu den zur Stellungnahme gestellten Beschlussinhalten, weiteren Beratungen zur Konsentierung abweichender Voten und der rechtlichen Prüfung ergibt sich Notwendigkeit von Änderungen im Beschlussentwurf. Diese sind nachfolgend im Änderungsmodus dargestellt. Die schriftlichen Stellungnahmen sowie das Wortprotokoll der Anhörung sind in der Anlage zum Abschlussbericht abgebildet. Die Anlage zum Abschlussbericht ist unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) abrufbar.

### A-4 Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II zum 1. Kapitel Verfahrensordnung die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber beziehungsweise G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Bei dem vorliegenden Beschluss handelt es sich um die Regelung der außerklinischen Intensivpflege als eine eigenständige Leistung nach § 37c SGB V und in diesem Zusammenhang lassen sich zum Teil neue Informationspflichten für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Pflegedienste identifizieren. Die außerklinische Intensivpflege ist bisher schon Teil der häuslichen Krankenpflege und im Rahmen der Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses Häusliche Krankenpflege-Richtlinie verordnungspflichtig. Somit entsteht den Leistungserbringern grundsätzlich kein neuer Aufwand. Lediglich das Delta, welches sich aus den Änderungen der Dokumentationsvorgaben ergibt, soll hier Gegenstand der Betrachtung sein.

#### A-4.1 Erhebung des Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzials

Die Erhebung der Kriterien zum Potenzial einer Entwöhnung bei beatmeten Versicherten gemäß § 5 Absatz 4, 5, 6 und 8 erfolgt unter Zuhilfenahme einer Checkliste und wird von potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten nach § 8 Absatz 1 durchgeführt und muss gemäß § 6 Absatz 1 der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt für die Ausstellung der Verordnung vorliegen. Es wird davon ausgegangen, dass für die Einarbeitung in die Informationspflicht „Erhebung des Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials“ ein einmaliger Aufwand von 10 Minuten benötigt wird und für die Dokumentation des Entwöhnungs- und Dekanülierungspotenzials durchschnittlich ein zeitlicher Aufwand von 91 Minuten erforderlich ist. Dieser Aufwand setzt sich aus den folgenden Standardaktivitäten zusammen:

Tabelle 1: Abbildung der für die Erhebung des Entwöhnungspotenzials erforderlichen Standardaktivitäten

Standardaktivität	Zeitaufwand in Minuten	Qualifikationsniveau	Bürokratiekosten je Einrichtung (€)	Frequenz
Einarbeitung in die Informationspflicht	10	hoch (53,3 €/h)	8,88	einmalig
Datenbeschaffung	60	durchschnittlich (31,0 €/h)	31	jährlich
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	5	hoch (53,3 €/h)	4,44	jährlich

Standardaktivität	Zeitaufwand in Minuten	Qualifikations-niveau	Bürokratiekosten je Einrichtung (€)	Frequenz
Überprüfung der Daten und Eingaben	15	hoch (53,3 €/h)	13,33	jährlich
Fehlerkorrektur (in 10% der Fälle)	0,5	hoch (53,3 €/h)	0,44	jährlich
Datenübermittlung (Übermittlung der Checkliste)	3	einfach (21,0 €/h)	1,05	jährlich
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	einfach (21,0 €/h)	1,75	jährlich
Weitere Informations-beschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	2,5	hoch (53,3 €/h)	2,22	jährlich
<b>Gesamt</b>	<b>10</b>		<b>8,88</b>	<b>einmalig</b>
	<b>91</b>		<b>54,23</b>	<b>jährlich</b>

Unter Berücksichtigung einer Patientenzahl von etwa 22.500 entstehen einmalige Bürokratiekosten im Rahmen der Einarbeitung in Höhe von 199.800 Euro (8,88 Euro x 22.500) und bei zweimal jährlich durchzuführender Erhebung jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 2.440.350 Euro (2 x 54,23 Euro x 22.500).

Sofern gemäß § 5 Absatz 5 die strukturierte Erhebung des Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzials nur alle 12 Monate durchgeführt wird, fallen die jährlichen Bürokratiekosten geringer aus. Auch ist zu erwarten, dass die Zahl der durchzuführenden Potenzialerhebungen aufgrund der Regelungen des § 5 Absatz 6 zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie erkennbar sinken wird und sich damit auch die Bürokratiekosten in den Folgejahren reduzieren werden.

Da zum aktuellen Zeitpunkt nicht abschätzbar ist, bei wie vielen Versicherten die Erhebung gemäß § 5 Absatz 5 einmal jährlich durchgeführt bzw. nach zwei Jahren die Verordnung ohne erneute Erhebung gemäß § 5 Absatz 6 erfolgen kann, erfolgt an dieser Stelle nur eine Maximaleinschätzung bezüglich der entstehenden Bürokratiekosten.

#### **A-4.2 Genehmigung der Befugnis zur Durchführung einer Erhebung gemäß § 8 Absatz 2 und der Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 9 Absatz 1**

Die Durchführung einer Erhebung gemäß § 5 bedarf nach § 8 Absatz 2 der Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Dafür haben potentialerhebende Ärztinnen und Ärzte einen Antrag zu stellen, mit welchem sie den Nachweis für die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 8 Absatz 1 erbringen.

Zudem benötigen Hausärztinnen und -ärzte gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege die Genehmigung ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Auch sie müssen dafür bei der Kassenärztlichen Vereinigung einen Genehmigungsantrag stellen, dem Zeugnisse, Bescheinigungen und Nachweise beizufügen sind. Der Aufwand für ein Genehmigungsprozedere stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 2: Abbildung der für das vertragsärztliche Genehmigungsverfahren erforderlichen Standardaktivitäten

Standardaktivität	Min	Qualifikations-niveau	Bürokratiekosten je Einrichtung (in €)
Einarbeitung in die Informationspflicht	5	hoch (53,3 €/h)	4,44
Datenbeschaffung	20	hoch (53,3 €/h)	17,77
Formulare ausfüllen (Ausfüllen des Genehmigungsantrags)	3	hoch (53,3 €/h)	2,67
Überprüfung der Daten und Eingaben	1	hoch (53,3 €/h)	0,89
Datenübermittlung	0,5	mittel (27,8 €/h)	0,23
Kopieren, Archivieren, Verteilen	1	einfach (21,0 €/h)	0,35
<b>Gesamt</b>	<b>30,5</b>		<b>26,35</b>

Unter Berücksichtigung von etwa 27.500 Hausärztinnen und -ärzten, die einen entsprechenden Antrag stellen sowie Bürokratiekosten von rund 26,35 Euro je Genehmigungsverfahren, entstehen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 724.625 Euro (26,35 Euro x 27.500).

Da sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abschätzen lässt, wie viele potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte künftig eine Erhebung des Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzials vornehmen werden, ist momentan keine Quantifizierung bezüglich der aus der Genehmigung zur Befugnis einer strukturierten Erhebung nach § 5 entstehenden Bürokratiekosten möglich.

#### A-4.3 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Die Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus, welche auf dem Verordnungsvordruck für außerklinische Intensivpflege erfolgt. Bislang ist die außerklinische Intensivpflege gemäß § 3 Absatz 1 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie verordnungspflichtig. Der zeitliche Aufwand hierfür beträgt 9,5 Minuten und die Bürokratiekosten für das Ausstellen einer Verordnung belaufen sich bisher mithin auf 8,17 Euro. Es wird davon ausgegangen, dass das Ausstellen einer Verordnung gemäß AKI-RL mit einem zeitlichen Aufwand von 20 Minuten einhergeht und damit Bürokratiekosten je Verordnung in Höhe von geschätzt 17,50 Euro entstehen werden.

Da sich aktuell nicht ableiten lässt, wie viele Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege zukünftig jährlich ausgestellt werden, kann die diesbezügliche Erhöhung der Bürokratiekosten nicht quantifiziert werden.

#### A-4.4 Mitteilung an die Krankenkasse über den veränderten Bedarf oder endenden Anspruch der außerklinischen Intensivpflege durch die verordnende Vertragsärztin bzw. den verordnenden Vertragsarzt bzw. den Leistungserbringer nach § 132I SGB V

Sofern gemäß § 6 Absatz 4 die außerklinische Intensivpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig ist oder der Bedarf für außerklinische Intensivpflege nicht mehr vorliegt und der Anspruch gemäß § 3 Absatz 6 endet, teilt die verordnende Vertragsärztin bzw. der verordnende Vertragsarzt dies schriftlich der Krankenkasse mit. Es ist davon auszugehen, dass für eine entsprechende Mitteilung ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 2,67 Euro.

Liegt gemäß § 3 Absatz 6 der Bedarf für außerklinische Intensivpflege nicht mehr vor, endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege und der Leistungserbringer nach § 132I SGB V informiert darüber die verordnende Vertragsärztin bzw. den verordnenden Vertragsarzt. Eine entsprechende Mitteilung geht mit einem zeitlichen Aufwand von drei Minuten bei mittlerem Qualifikationsniveau einher; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 1,39 Euro.

Derzeit ist die Bezifferung der Versicherten, deren Anspruch auf außerklinische Intensivpflege ganz oder teilweise erlischt, nicht möglich. Somit können auch die diesbezüglich entstehenden jährlichen Bürokratiekosten nicht ermittelt werden.

**A-4.5 Zusammenfassung**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mit Erstfassung der AKI-RL einige Informationspflichten (Verordnungsverpflichtung, Genehmigung der Leistung) aus der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie übernommen und zum Teil erweitert wurden. In Bezug auf die neuen Informationspflichten im Zusammenhang mit der „Erhebung des Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials“ kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur eine Bürokratiekostenermittlung auf maximalem Niveau erfolgen. Es ist bereits heute offenkundig, dass sich die diesbezüglich entstehenden Kosten entsprechend der ausgewiesenen Regelungen reduzieren werden. Eine verlässliche Einschätzung dazu, zur Zahl der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte sowie zur Verordnungshäufigkeit ist durch die Evaluation gemäß § 13 vier Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie zu erwarten. Resultiert auf Basis der Evaluation eine Anpassung der AKI-RL, so werden diese Informationen bei der Ermittlung der Bürokratiekosten entsprechend Berücksichtigung finden.

**A-5 Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
02.07.2020		Der Bundestag beschließt das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG
15.10.2020	G-BA	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
28.10.2020		Verkündung und Veröffentlichung des GKV-IPReG vom 23. Oktober 2020 im Bundesgesetzblatt
23.06.2021	UA VL	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
09.09.2021	UA VL	Mündliche Anhörung
10.11.2021	UA VL	Abschließende Würdigung der Stellungnahmen
19.11.2021	G-BA	Abschließende Beratung und Beschlussfassung
16.02.2022		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
17.03.2022		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
18.03.2022		Inkrafttreten

## A-6 Beschluss zur Erstfassung der AKI-RL

Veröffentlicht im Bundeanzeiger am 17. März 2022 (BAnz AT 17.03.2022 B2)



# Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von  
außerklinischer Intensivpflege

Vom 19. November 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. November 2021 folgende Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossen:

- I. Die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege  
(Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL)**

**Inhalt**

§ 1	Grundlagen.....	3
§ 2	Ziele der außerklinischen Intensivpflege .....	4
§ 3	Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege .....	5
§ 4	Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege .....	6
§ 5	Potenzialerhebung .....	7
§ 6	Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.....	11
§ 7	Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege .....	13
§ 8	Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte .....	14
§ 9	Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte .....	15
§ 10	Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements.....	16
§ 11	Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege .....	17
§ 12	Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege.....	18
§ 13	Evaluation.....	19
§ 14	Inkrafttreten und Übergang zur Leistungserbringung nach § 132I SGB V.....	19

## § 1 Grundlagen

(1) <sup>1</sup>Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, sofern sie die Voraussetzungen gemäß § 4 Absatz 1 erfüllen. <sup>2</sup>Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum erforderlich ist. <sup>3</sup>Medizinische Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege an geeignete Pflegefachkräfte delegiert werden können. <sup>4</sup>Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind. <sup>5</sup>Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). <sup>6</sup>Die Möglichkeit individueller Vereinbarungen bei Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets gemäß § 37c Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V und § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) bleibt unberührt.

(2) <sup>1</sup>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. <sup>2</sup>Die Verordnung erfolgt durch besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 9 Absatz 1 und 2. <sup>3</sup>Die Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie erfolgt auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

(3) <sup>1</sup>Die oder der Versicherte hat nur dann einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, wenn und soweit sie oder er die außerklinische Intensivpflege nicht selbst durchführen kann. <sup>2</sup>Bei der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sind die gesundheitliche Eigenkompetenz, der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten sowie die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, von jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und von volljährigen Versicherten zu berücksichtigen (vergleiche § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V). <sup>3</sup>Die Versorgung durch An- und Zugehörige soll insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie den in Satz 2 genannten jungen Volljährigen ermöglicht werden. <sup>4</sup>Dabei sind die Ressourcen im häuslichen Umfeld zu fördern und angemessen zu berücksichtigen.

(4) <sup>1</sup>Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege an folgenden Orten:

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbringen,
2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI,
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132I Absatz 5 Nummer 1 SGB V oder

4. im Haushalt der oder des Versicherten oder in dem Haushalt der Familie der oder des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, in Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

<sup>2</sup>Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. <sup>3</sup>Es gilt § 37c Absatz 2 Satz 3 bis 9 SGB V.

(5) <sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege kann für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden. <sup>2</sup>Auch für die Zeit des Aufenthalts in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch diese Einrichtungen besteht (zum Beispiel Rehabilitationseinrichtungen, Hospize), kann außerklinische Intensivpflege nicht verordnet werden. <sup>3</sup>Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen. <sup>4</sup>§ 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.

(6) Diese Richtlinie ist gemäß § 91 Absatz 6 SGB V für die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) Die Regelungen dieser Richtlinie gelten entsprechend für Verordnungen in elektronischer Form, soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist.

## § 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege

(1) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, an den in § 1 Absatz 4 genannten Orten im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung die Patienten- und Versorgungssicherheit von Versicherten, die die Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 erfüllen, nach Maßgabe ihres individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. <sup>2</sup>Sie dient im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch der Verbesserung der Lebensqualität.

(2) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege ist auf individuelle, patientenzentrierte Therapieziele auszurichten. <sup>2</sup>Therapieziele sind

1. die Sicherstellung von Vitalfunktionen,
2. die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie
3. die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.

(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung. <sup>2</sup>Bei im Rahmen der Erhebung nach § 5 festgestelltem perspektivischen Potenzial soll dieses im Verlauf der weiteren außerklinischen Versorgung, insbesondere der außerklinischen Intensivpflege, stabilisiert und gehoben werden. <sup>3</sup>Hierbei sind die erforderlichen Maßnahmen mit dem Ziel

1. der ausreichenden Augmentierung der alveolären Ventilation,

2. der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum Weaning-Versagen geführt haben,
3. der Wiederherstellung der atemmuskulären Kapazität sowie
4. der Wiederherstellung der Schluckfunktion

zu ergreifen. <sup>4</sup>Daraus ergeben sich insbesondere folgende unterstützende Maßnahmen:

1. die Verbesserung der Atemmechanik und des Gasaustausches,
2. die Reduktion des inadäquaten Atemantriebes und der Atemarbeit,
3. die Behandlung von Malnutrition und Katabolismus,
4. die Verbesserung der vegetativen und neuromuskulären Funktion,
5. die (Teil-)Mobilisation,
6. die Therapie der Dysphagie zur Verbesserung der Schluckfunktion und Wiederherstellung der Sprechfunktion,
7. die Rekonditionierung der atrophierten (Skelett-)Muskulatur sowie
8. die Verbesserung der Sekretclearance.

(4) Ergibt sich im Zuge der Umsetzung der Therapieziele nach Absatz 2 und Maßnahmen nach Absatz 3 bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung.

(5) Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten keine Aussicht auf nachhaltige Verbesserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung, ist die Zielsetzung insbesondere die Therapieoptimierung und damit die Verbesserung der Lebensqualität.

### § 3 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege

(1) <sup>1</sup>Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege ist die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege. <sup>2</sup>Zur medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege können insbesondere gehören:

1. die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen,
2. die Pflege des Tracheostomas und das Trachealkanülenmanagement,
3. das Sekretmanagement,
4. das Dysphagiemanagement,
5. die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes,
6. die Anwendung von Inhalations- und Absauggeräten,

7. der Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht-invasiven Beatmung,
8. die Erfassung und Bewertung von Vitalparametern,
9. die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen und des Krisenmanagements,
10. die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2.

(2) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege beinhaltet alle im zeitlichen Zusammenhang anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V. <sup>2</sup>Während des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege sind diese Leistungen durch die geeignete Pflegefachkraft zu erbringen. <sup>3</sup>Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können in diesen Fällen nicht separat verordnet werden.

(3) <sup>1</sup>Wird außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht, kann neben dem Anspruch nach § 37c Absatz 1 Satz 1 SGB V für Zeiträume außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V bestehen. <sup>2</sup>Sofern außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erforderlich sind, die nicht während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden können, gelten die dort geregelten Anforderungen.

(4) Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht verordnet und von Leistungserbringern nach § 132I SGB V nicht erbracht werden.

(5) <sup>1</sup>Um eine sichere Durchführung der verordneten Maßnahmen gewährleisten zu können, sind geeignete Rahmenbedingungen (baulich, personell, organisatorisch) und (interne und externe) Maßnahmen der Qualitätssicherung zu gewährleisten. <sup>2</sup>Dabei ist insbesondere eine stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur notwendig. <sup>3</sup>Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

(6) <sup>1</sup>Liegt der Bedarf für außerklinische Intensivpflege gemäß § 4 Absatz 1 nicht mehr vor, endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. <sup>2</sup>Diesbezügliche Hinweise sind der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt durch den Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen und durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt zu prüfen. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert anschließend nach Rücksprache mit der oder dem Versicherten unverzüglich die Krankenkasse.

#### **§ 4 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege**

(1) Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1

Nummer 4 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

(2) Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen kann nicht alleine auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden.

(3) <sup>1</sup>Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach § 5, dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung beziehungsweise Dekanülierung vorliegt, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. <sup>2</sup>Die Krankenkassen wirken unterstützend mit, geeignete Einrichtungen nach Satz 1 mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, sofern ihnen diese bekannt sind. <sup>3</sup>Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nur bis zum Zeitpunkt des Entwöhnungsversuches in einer auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierten stationären Einrichtung oder in einer auf Dysphagie spezialisierten Einrichtung ausgestellt werden.

(4) Bei Bedarf, insbesondere bei Vorliegen einer infausten Prognose und wenn eine kurative Therapie nicht mehr möglich ist, ist im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt palliativmedizinische Fachkompetenz einzubeziehen.

(5) <sup>1</sup>Voraussetzung für jede Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Versicherten und der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer persönlichen Untersuchung überzeugt hat. <sup>2</sup>Im Rahmen der Verordnung sind neben der pflegerischen und medikamentösen Behandlung insbesondere auch Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer sowie die Optimierung der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen.

#### **§ 5 Potenzialerhebung**

(1) <sup>1</sup>Vor jeder Verordnung werden bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) beziehungsweise zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) und die Möglichkeiten der Therapieoptimierung sowie die jeweils zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen individuell erhoben und dokumentiert (dieser Prozess wird im Folgenden als Erhebung bezeichnet). <sup>2</sup>Dies umfasst auch die Prüfung des Potenzials für eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung, die Beurteilung der Therapieadhärenz und bei festgestelltem Potenzial die Festlegung und gegebenenfalls Anpassung der Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungsstrategie. <sup>3</sup>Ist die Beatmung beziehungsweise die Trachealkanüle dauerhaft indiziert oder eine Dekanülierung oder

Entwöhnung zum Zeitpunkt der Erhebung nicht möglich oder absehbar, sind die konkreten Gründe zu dokumentieren.

(2) <sup>1</sup>Die Erhebung erfolgt durch die besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach § 8 (potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte). <sup>2</sup>Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V sind zur Erhebung auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

(3) <sup>1</sup>Die Erhebung kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. <sup>2</sup>Mindestens einmal jährlich muss die Erhebung jedoch unmittelbar persönlich, vorrangig am Ort der Leistung erfolgen. <sup>3</sup>Wenn eine unmittelbar persönliche Erhebung am Ort der Leistung durch eine Ärztin oder einen Arzt mit der Qualifikation nach § 8 ausnahmsweise nicht möglich ist, ist für einen dann erforderlichen Transport der oder des Versicherten die Verhältnismäßigkeit des Transports zu prüfen. <sup>4</sup>Wenn ein Transport unverhältnismäßig ist, kann abweichend von Satz 2 die dort einmal jährlich unmittelbar persönlich vorgesehene Erhebung auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. <sup>5</sup>Wird die Erhebung nach Satz 2 nicht unmittelbar persönlich durchgeführt, ist das Vorliegen der hierfür geltenden Voraussetzungen nach den Sätzen 3 und 4 im Einzelfall zu begründen und in der Patientenakte zu dokumentieren.

(4) <sup>1</sup>Die Erhebung muss mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden. <sup>2</sup>Sie darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein.

(5) <sup>1</sup>Wird bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, muss die Erhebung abweichend von Absatz 4 Satz 1 mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden. <sup>2</sup>Die Erhebung darf bei diesen Versicherten abweichend von Absatz 4 Satz 2 zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als sechs Monate sein. <sup>3</sup>Sie umfasst die in diesem Paragraphen beschriebenen Inhalte, setzt aber den Schwerpunkt auf Aspekte der Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung.

(6) <sup>1</sup>Nachdem innerhalb eines Gesamtzeitraums der Patientenbeobachtung von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge eine Feststellung und Dokumentation nach Absatz 5 Satz 1 auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung getroffen wurde, ist eine Verordnung gemäß § 6 auch ohne erneute Erhebung zulässig. <sup>2</sup>Die Verordnung gemäß Satz 1 darf nicht durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt erfolgen, die oder der die Feststellungen nach Satz 1 getroffen hat. <sup>3</sup>Ungeachtet dessen kann die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt eine Erhebung weiterhin wie grundsätzlich vorgesehen veranlassen beziehungsweise die oder der Versicherte diese beanspruchen. <sup>4</sup>Wenn der Krankenkasse aufgrund der regelmäßigen Begutachtung des Medizinischen Dienstes ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt, hat sie die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt über die Notwendigkeit einer erneuten Erhebung zu informieren. <sup>5</sup>Diese oder dieser hat die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.

(7) <sup>1</sup>Die Erforderlichkeit von weiteren Arztkontakten von potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten nach § 8 über die Erhebung hinaus, bemisst sich nach der Schwere der

Erkrankung und möglicher Komplikationen. <sup>2</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt nach § 9 wirkt auf die Umsetzung der nach Absatz 1 Satz 1 bis 2 dokumentierten Maßnahmen hin.

(8) <sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung bei beatmeten Versicherten sollen insbesondere folgende Aspekte überprüft und in die Bewertung eines Beatmungsentwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzials einbezogen und zusammenfassend dokumentiert werden:

1. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat; Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, die eine Entwöhnung verhindern beziehungsweise die Spontanatmungszeit begrenzen;
2. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens (gegebenenfalls unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);
3. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten;
4. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität;
5. Möglichkeiten der Therapieoptimierung insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien sowie Überprüfung der Funktionalität des eventuellen Beatmungszugangs;
6. Atemmechanik;
7. Hustenstoß und Sekretmanagement;
8. Hämodynamischer Status (zum Beispiel Blutdruck, Herzfrequenz);
9. Dyspnoe-, Bewusstseins- und Schmerzstatus;
10. Beurteilung der NIV-Fähigkeit;
11. Feststellung der Gasaustauschparameter (zum Beispiel  $pO_2$ , pH,  $pCO_2$ ,  $sO_2$ ) mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (zum Beispiel Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und  $CO_2$ -Messung);
12. Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz und  $FiO_2$ - oder  $O_2$ -Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist);
13. Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke, durchschnittliche Nutzungszeit pro Tag und Spontanatmungszeit inkl. deren Verhinderungsgründe);
14. Standardisiertes Aspirationscreening;
15. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (zum Beispiel fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]);
16. Sitz und Funktion der Trachealkanüle.

(9) <sup>1</sup>Erfolgt die Erhebung bei beatmeten Versicherten im Rahmen des Entlassmanagements, werden mindestens folgende Aspekte und Befunde erhoben:

1. Atemmechanik (zum Beispiel Hustenstoß, Sekretion);
2. Hämodynamischer Status (zum Beispiel Blutdruck, Herzfrequenz);
3. Sedierungsscore (zum Beispiel Richmond Agitation-Sedation Scale);
4. Beurteilung der NIV-Fähigkeit;
5. Feststellung der Gasaustauschparameter (zum Beispiel pO<sub>2</sub>, pH, pCO<sub>2</sub>, sO<sub>2</sub>) mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (zum Beispiel Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO<sub>2</sub>-Messung);
6. Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz, FiO<sub>2</sub> oder O<sub>2</sub>-Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist);
7. Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke);
8. Klinische Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;
9. Klinische Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Compliance (Mitarbeit) der oder des Versicherten;
10. Evaluation des (mutmaßlichen) Patientenwillens (gegebenenfalls unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);
11. Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde.

<sup>2</sup>Die Befunderhebungen nach diesem Absatz dienen daneben auch der Klärung von Möglichkeiten der weiteren Therapieoptimierung, insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien im Hinblick auf die außerklinische Versorgung. <sup>3</sup>Wurden solche Aspekte identifiziert, sind diese bei der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege zu berücksichtigen.

(10) <sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten sollen insbesondere folgende Aspekte überprüft und in die Bewertung des Dekanülierungspotenzials einbezogen und zusammenfassend dokumentiert werden:

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

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

<sup>2</sup>Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.

#### **§ 6 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. <sup>2</sup>Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Verordnung außerklinischer Intensivpflege).<sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere anzugeben:

1. Die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für außerklinische Intensivpflege und die daraus resultierenden verordnungsrelevanten Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen;
2. Beatmungspflichtig: Ja/Nein  
Falls ja:
  - a) die Beatmungsform (invasiv/nicht-invasiv; assistiert/kontrolliert),
  - b) die Beatmungsdauer (Stunden pro Tag),
  - c) Spontanatmung (Stunden/Intervall);
3. Tracheotomiert: Ja/Nein  
Falls ja:  
Art der Kanüle: geblockt, ungeblockt; Sprechkanüle; Entblockzeiten;
4. Weaning- und Dekanülierungspotenzial gemäß § 5 sowie die zu dessen Umsetzung erforderlichen Maßnahmen oder Begründung für Verhinderung;
5. PEG-Anlage: Ja/Nein;
6. Erst- oder Folgeverordnung;
7. die Therapieziele;
8. voraussichtlicher Zeitpunkt der nächsten Erhebung nach § 5;
9. die zu erbringenden Leistungen gemäß § 3 Absatz 1;

10. deren Beginn und Ende gemäß § 7;
11. den Leistungsumfang;
12. gegebenenfalls weitere Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 3 Absatz 2 sowie
13. im Falle der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements das voraussichtliche Entlassdatum.

(2) <sup>1</sup>Um der oder dem Versicherten eine Bewertung über die grundsätzlich erreichbaren Therapieziele zu ermöglichen, ist bei der Verordnung eine Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten durchzuführen. <sup>2</sup>Bei der Erörterung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen und zu dokumentieren:

1. Therapieziele und Therapiealternativen,
2. Maßnahmen zum Erreichen der Therapieziele (zum Beispiel Einbindung von Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Heilmitteltherapie, Schlucktraining),
3. Zeitraum für die Umsetzung der Therapieziele beziehungsweise des Zeitpunktes für eine Zwischenkontrolle und deren Ergebnis,
4. Mitwirkung (Art und Umfang) der oder des Versicherten beziehungsweise der An- und Zugehörigen.

<sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt zum Erreichen der Therapieziele bei.

(3) <sup>1</sup>Versorgungsrelevante Änderungen und Ergänzungen der Verordnung dürfen nur auf Grundlage einer erneuten persönlichen Untersuchung der oder des Versicherten mit Unterschrift, Stempel und Datumsangabe der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. <sup>2</sup>Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig.

(4) Ist die außerklinische Intensivpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, teilt die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt dies schriftlich und unverzüglich der Krankenkasse mit.

(5) <sup>1</sup>Bestandteil der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist der von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, gegebenenfalls unter Mitwirkung der potenzialerhebenden Ärztin oder dem potenzialerhebenden Arzt erstellte Behandlungsplan, der insbesondere konkretisierende Angaben

1. zu den erforderlichen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege,
2. zur Atmung,
3. Dysphagie und Husteninsuffizienz,
4. zu Heil- und Hilfsmitteln,
5. zu Fähigkeiten/Funktionseinschränkungen zur Kommunikation,
6. Mobilität, Bewusstsein, Beweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten, sowie gegebenenfalls Hinweise zum Maskentyp,

7. zum Anfallsleiden und
8. zur Weaning- beziehungsweise Dekanülierungsstrategie umfassen soll.

<sup>2</sup>Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte.<sup>3</sup>Der Behandlungsplan ist der Verordnung beizulegen. <sup>4</sup>Der Behandlungsplan ist bei Änderungen (zum Beispiel des Bedarfs, des klinischen Status, der relevanten Kontextfaktoren) zu aktualisieren und erneut der Krankenkasse vorzulegen, sofern sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ergeben, die von der bestehenden Verordnung abweichen.

### **§ 7 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. <sup>2</sup>Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten. <sup>3</sup>Erfolgt die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements, gilt diese als Erstverordnung und ist gemäß § 10 Absatz 1 für längstens sieben Tage auszustellen.

(2) <sup>1</sup>Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden. <sup>2</sup>Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten auf der Grundlage einer Potenzialerhebung nach § 5 keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung und ist eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich, können Folgeverordnungen für längstens bis zu 12 Monate ausgestellt werden. <sup>3</sup>Die Gründe dafür müssen aus der Verordnung hervorgehen. <sup>4</sup>Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. <sup>5</sup>Unabhängig von der Dauer der Verordnung überprüft die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt regelmäßig den Zustand der oder des Versicherten auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung. <sup>6</sup>Die konkrete Frequenz von weiteren Arztkontakten durch verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglichen Komplikationen.

(3) Die Folgeverordnung ist spätestens drei Arbeitstage (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

### § 8 Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte

(1) <sup>1</sup>Die Erhebung gemäß § 5 erfolgt durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte:

1. Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,
4. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,
5. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit oder
6. für die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten auch Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

<sup>2</sup>Ist für die Potenzialerhebung beziehungsweise Befunderhebungen nach § 5 eine ergänzende Fachexpertise notwendig, ist diese konsiliarisch durch die potenzialerhebende Fachärztin oder den potenzialerhebenden Facharzt einzubinden.<sup>3</sup>Bei Versicherten ohne Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung gemäß § 5 Absatz 5 Satz 1 ist durch die potenzialerhebende Fachärztin oder den potenzialerhebenden Facharzt zur Prüfung der Therapieoptimierung insbesondere die konsiliarische Einbindung einer Fachärztin oder eines Facharztes zu prüfen, die oder der auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert ist.<sup>4</sup>Erfolgt die Erhebung gemäß § 5 im Rahmen des Entlassmanagements, hat dies durch Ärztinnen und Ärzte mit folgenden Qualifikationen zu erfolgen:

1. Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder
2. Fachärztin oder Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.

<sup>5</sup>Die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten im Rahmen des Entlassmanagements kann auch durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen, die über eine mindestens 18-monatige Erfahrung in der Behandlung entsprechend Betroffener in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügen.

(2) <sup>1</sup>Die Befugnis zur Durchführung der Erhebung nach § 5 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>2</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn

die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen erfüllt. <sup>3</sup>Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit die Erhebung im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt.

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

(4) Die in diesem Paragraphen verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.

### **§ 9 Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte**

(1) <sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte darf nur von besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auf der Grundlage einer Erhebung nach § 5 verordnet werden. <sup>2</sup>Besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind solche mit einer Qualifikation nach § 8 sowie Fachärztinnen und Fachärzte

1. für Innere Medizin und Pneumologie,
2. für Anästhesiologie,
3. für Neurologie,
4. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
5. für Kinder- und Jugendmedizin.

<sup>3</sup>Hausärztinnen und Hausärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen. <sup>4</sup>Die Befugnis zur Verordnung für Hausärztinnen und Hausärzte bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>5</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt oder die Absicht erklärt, sich diese innerhalb von sechs Monaten anzueignen und nachzuweisen. <sup>6</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hierzu regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen anzubieten. <sup>7</sup>Falls die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine ergänzende Fachexpertise für notwendig hält, kann diese konsiliarisch eingebunden werden.

(2) <sup>1</sup>Bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte, die auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind. <sup>2</sup>Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können nur im (gegebenenfalls telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten verordnen. <sup>3</sup>Die Konsilpartnerin oder der Konsilpartner ist auf der Verordnung anzugeben.

(3) Die in diesem Paragraphen verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.

**§ 10 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements**

(1) Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt mit Qualifikationen gemäß § 9) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.

(2) <sup>1</sup>Die Ausstellung der Verordnung kann erfolgen, sobald die Erforderlichkeit der außerklinischen Intensivpflege festgestellt wird. <sup>2</sup>Das voraussichtliche Entlassdatum ist auf der Verordnung anzugeben. <sup>3</sup>Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege beginnt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten muss vor der Verordnung eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus und des diesbezüglichen Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzials gemäß § 5 vorgenommen worden sein. <sup>2</sup>Dabei ist durch das Krankenhaus sicherzustellen, dass bei aktuell vorliegendem Potenzial keine Überführung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung erfolgt.

(4) <sup>1</sup>Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wurde, hat dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren. <sup>2</sup>Die Krankenkasse soll noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einbezogen werden. <sup>3</sup>Die Krankenkasse klärt unverzüglich, ob ein Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes besteht und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch. <sup>4</sup>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt, kann die Krankenkasse der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus diesbezügliche Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. <sup>5</sup>Daneben stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach § 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar. <sup>6</sup>In Abstimmung mit der oder dem Versicherten nimmt das Krankenhaus Kontakt zu einem oder mehreren Leistungserbringern auf, um die Möglichkeit der Weiterversorgung der oder des Versicherten zu klären und den voraussichtlichen Entlasstag abzustimmen. <sup>7</sup>Das Krankenhaus teilt der Krankenkasse den mit dem Leistungserbringer abgestimmten voraussichtlichen Entlasstag mit. <sup>8</sup>Zeigt sich, dass der oder die in Aussicht genommene(n) Leistungserbringer keine verfügbaren Kapazitäten für die Versorgung der oder des Versicherten hat oder haben, stimmen sich die oder der Versicherte, das Krankenhaus sowie die Krankenkasse gemeinsam über das weitere Vorgehen ab. <sup>9</sup>Diese Abstimmung beinhaltet auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, soweit ihr diese bekannt sind.

(5) <sup>1</sup>Eine Verordnung im Entlassmanagement erfolgt grundsätzlich nicht, soweit für die oder den Versicherten unmittelbar vor Beginn der Krankenhausbehandlung Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer gültigen Verordnung erbracht wurden und

nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter erbracht werden sollen.<sup>2</sup>Um die Planung einer diesbezüglich nahtlosen Versorgung zu ermöglichen, teilt der Leistungserbringer nach § 132I SGB V dem Krankenhaus unaufgefordert die Inhalte und die Dauer der bestehenden Verordnung mit.<sup>3</sup>Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.<sup>4</sup>Hält das Krankenhaus Anpassungen an der bestehenden Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach der Krankenhauserlassung in einem erheblichen Umfang für erforderlich, wird eine Verordnung durch das Krankenhaus ausgestellt.<sup>5</sup>Ein solch erheblicher Umfang liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Beatmungspflichtigkeit neu hinzugekommen oder entfallen ist oder Anpassungen hinsichtlich des Leistungsumfanges erforderlich sind, die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen.<sup>6</sup>Andernfalls teilt das Krankenhaus der Verordnerin oder dem Verordner in der vertragsärztlichen Versorgung Anpassungsbedarfe mit, die diese oder dieser bei ihrer oder seiner Verordnung berücksichtigen soll.

(6) Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die im ambulanten Bereich weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass eine nahtlose Anschlussversorgung ermöglicht wird.

(7) <sup>1</sup>§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. <sup>2</sup>Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

#### **§ 11 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege**

(1) Die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V in Verbindung mit § 275 Absatz 2 Nummer 5 SGB V mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. <sup>2</sup>Werden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt sowie die oder den Versicherten über die Gründe zu informieren.

(3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der in den Verträgen nach § 132I Absatz 5 SGB V vereinbarten Vergütung, wenn die Verordnung spätestens an dem vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. <sup>2</sup>Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

(4) Die Leistungserbringer, die außerklinische Intensivpflege durchführen, sind zunächst an die Verordnung und bei Vorliegen der Genehmigung an diese gebunden.

**§ 12 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege**

(1) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung der oder des Versicherten einschließlich der rechtzeitigen Einleitung des Verfahrens zur Erhebung nach § 5.

(2) <sup>1</sup>Die an der außerklinischen Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weiteren Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (zum Beispiel geeignete Pflegefachkräfte, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger, Atmungstherapeuten) arbeiten im Rahmen eines Netzwerkes eng zusammen. <sup>2</sup>Dazu gehören, ausgerichtet an dem individuellen Bedarf der oder des Versicherten, Teambesprechungen aller beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Angehörigen von Gesundheitsfachberufen mit klar definierten und dokumentierten Absprachen. <sup>3</sup>Hierbei sollen die oder der Versicherte und die an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen in geeigneter Weise eingebunden werden. <sup>4</sup>Im Rahmen der Zusammenarbeit sollen auch Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung eingegangen werden.

(3) Bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, ist Ziel der Kooperation auch die Sicherung der Versorgungskontinuität bei Beendigung der Versorgung durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt.

(4) <sup>1</sup>Der Leistungserbringer nach § 132I SGB V berichtet der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt bei Veränderungen in der Pflegesituation beziehungsweise bei Veränderungen, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken, oder nach Aufforderung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt, gegebenenfalls auch unter Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation. <sup>2</sup>Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt über Veränderungen des Gesundheitszustandes und über Unter- oder Überschreitung von durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt definierten Grenzwerten der Vitalzeichen zu informieren. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

(5) <sup>1</sup>Insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert der Leistungserbringer nach § 132I SGB V unverzüglich die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt. <sup>2</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die erforderlichen Maßnahmen zur Prüfung eines Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials ein. <sup>3</sup>Die Krankenkasse wird über das Ergebnis informiert.

(6) <sup>1</sup>Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese und die oder der Versicherte das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. <sup>2</sup>Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin

oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unverzüglich über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.

(7) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert den Leistungserbringer nach § 132I SGB V über neue pflegerelevante Befunde.

(8) <sup>1</sup>Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt sind die Pflegedokumentation und bei beatmeten Versicherten zusätzlich die im Beatmungsgerät hinterlegten Beatmungsparameter und das Beatmungsprotokoll auszuwerten. <sup>2</sup>Dies erfolgt gegebenenfalls in Abstimmung mit den potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin beziehungsweise der verordnende Vertragsarzt vermerkt bei Bedarf Anordnungen in der Pflegedokumentation.

### **§ 13 Evaluation**

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Auswirkungen dieser Richtlinie insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege, der Auswirkungen auf die Versorgung, der Entwicklung der Zahl der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte auch im Verhältnis zu dem nach dieser Richtlinie entstehenden Versorgungsbedarf, der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Ausnahmeregelungen nach § 5 Absatz 3, der Umsetzung der Vorgabe zur Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen vier Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie prüfen.

### **§ 14 Inkrafttreten und Übergang zur Leistungserbringung nach § 132I SGB V**

(1) <sup>1</sup>Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. <sup>2</sup>Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie erfolgen ab dem 1. Januar 2023. <sup>3</sup>Bis zu diesem Zeitpunkt werden Verordnungen zur außerklinischen Intensivpflege nach der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie verordnet.

(2) <sup>1</sup>Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c SGB V werden von Leistungserbringern erbracht, die über Verträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V verfügen. <sup>2</sup>Die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach § 132I Absatz 5 Satz 1 SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.“

II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 19. November 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

A-7 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

16/02/2022 12:50 030184413788

BMG REFERAT 213

S. 01/01



Bundesministerium  
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin



Dr. Josephine Tautz  
Ministerialrätin  
Leiterin des Referates 213  
"Gemeinsamer Bundesausschuss,  
Strukturierte Behandlungsprogramme  
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in  
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 191, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin  
TEL +49 (0)30 18 441-4514  
FAX +49 (0)30 18 441-3788  
E-MAIL 213@bmg.bund.de  
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 16. Februar 2022  
AZ 213 - 21432 - 95

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 19. November 2021  
hier: Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 19. November 2021 über die  
Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI) wird  
nicht beanstandet.

Dabei wird vorausgesetzt, dass § 1 Absatz 5 Satz 2 der Richtlinie in dem Sinne ausgelegt und  
angewendet wird, dass AKI nur für die Zeit des Aufenthalts in anderen Einrichtungen, in denen  
nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer  
Behandlungspflege im Umfang der AKI durch diese Einrichtungen besteht, nicht verordnet  
werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag  
Dr. Josephine Tautz  
Ausgefertigt

Däubler

U-Bahn U 6:  
S-Bahn S1, S2, S3, S7:  
Straßenbahn M 1

Oranienburger Tor  
Friedrichstraße

## **B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA**

### **B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen**

Vor der Entscheidung des G-BA über die Richtlinie zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V ist bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V der oder den einschlägigen Heilberufekammern sowie dem Beauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Zudem ist gemäß § 92 Absatz 7g SGB V den in § 132l Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Organisationen der Leistungserbringer sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Kreis dieser gesetzlich Stellungnahmeberechtigten zur AKI-RL gemäß § 92 Absatz 7g SGB V wurde gemäß 1. Kapitel § 9 Absatz 1 bis 3 Verfahrensordnung (VerfO) per Bekanntmachung im Bundesanzeiger ermittelt (siehe Anlage zum Abschlussbericht, Nummer 3, BAnz AT 26.01.2021 B10).

Zusätzlich wurden einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften sowie weitere betroffene Organisationen, denen aufgrund ihrer Betroffenheit vor abschließender Beschlussfassung über die Erstfassung einer Richtlinie zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a VerfO eingeräumt werden soll, per Bekanntmachung im Bundesanzeiger ermittelt. Dieses Stellungnahmerecht begrenzt sich auf das Stellungnahmeverfahren des G-BA vor abschließender Entscheidung zur Erstfassung der Richtlinie.

Mit Beschluss vom 20. Mai 2021 wurden die stellungnahmeberechtigten Organisationen gemäß § 92 Absatz 7g SGB V für Entscheidungen des G-BA zur Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sowie Bestimmung weiterer Stellungnahmeberechtigter im Einzelfall zur Erstfassung der Richtlinie bestimmt. Der Kreis der Organisationen die als zur Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V stellungnahmeberechtigt anerkannt wurden, wurde gemäß 1. Kapitel § 9 Absatz 3 Satz 1 VerfO im Bundesanzeiger ([www.bundesanzeiger.de](http://www.bundesanzeiger.de), BAnz AT 21.06.2021 B4) und im Internet ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) bekannt gegeben. Ein weiterer Beschluss über die Anerkennung als stellungnahmeberechtigte Organisation gemäß § 92 Absatz 7g SGB V erfolgte im Zeitraum des gegenständlichen Beratungsverfahrens am 21. Oktober 2021 ([www.bundesanzeiger.de](http://www.bundesanzeiger.de), BAnz AT 12.11.2021 B3).

Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

### **B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens**

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) beschloss in seiner Sitzung am 23. Juni 2021 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 25. Juni 2021 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

### B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,

dass jedem, der berechtigt ist, zu diesem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er fristgerecht eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

### B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 23. Juni 2021 folgenden Organisationen für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt. Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

<b>Stellungnahmeberechtigte nach § 91 Absatz 5 SGB V</b>	<b>Eingang</b>	<b>Anmerkung</b>
Bundesärztekammer (BÄK)	23.07.2021	Verzicht
<b>Stellungnahmeberechtigter nach § 91 Absatz 5a SGB V</b>	<b>Eingang</b>	<b>Anmerkung</b>
Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	12.07.2021	Verzicht
<b>Organisation gemäß § 92 Absatz 7g SGB V</b>	<b>Eingang</b>	<b>Anmerkung</b>
Deutscher Caritasverband e.V. (Caritas)	22.07.2021	
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V (VDAB)	23.07.2021	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	21.07.2021	
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad)	23.07.2021	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e.V. (DBfK)	23.07.2021	
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)	22.07.2021	
Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	22.07.2021	
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	23.07.2021	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.	23.07.2021	

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V. (BHK)	23.07.2021	
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)	23.07.2021	
Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F e.V. (BAG Phase F)	21.07.2021	
Intensivpflegeverband Deutschland e.V. (IPV)	23.07.2021	
Selbsthilfegruppe Glykogenose Deutschland e.V.	23.07.2021	Schließt sich Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. an
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)	16.07.2021	
Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. - Deutsche Wachkomagesellschaft	23.07.2021	
Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.	23.07.2021	
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm)	15.07.2021	gemeinsame Stellungnahme von fünf Fachverbänden für Menschen mit Behinderung
Sozialverband Deutschland e.V. – Bundesverband (SoVD)	23.07.2021	
<b>Organisation gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a Verfahrensordnung (VerfO)</b>	<b>Eingang</b>	<b>Anmerkung</b>
Deutscher Kinderhospizverein e. V.	20.07.2021	
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.	23.07.2021	
Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V.	23.07.2021	
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V.	21.07.2021	
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.		
Bundespflegekammer e.V.	29.07.2021 <sup>2</sup>	
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	23.07.2021	
AKI - Arbeitskreis außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/OWL	21.07.2021	
BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e.V.	23.07.2021	

<sup>2</sup> Verfristet eingegangene Stellungnahmen wurden inhaltlich in die Beratung einbezogen, jedoch in der formalen Darstellung der Würdigung nicht berücksichtigt. Die betreffenden Organisationen wurden nicht zur Anhörung eingeladen.

ALS-mobil e. V.	23.07.2021	
LIGA Selbstvertretung	15.07.2021	
INTENSIVkinder zuhause e.V.	22.07.2021	
Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.	15.07.2021	gemeinsame Stellungnahme von fünf Fachverbänden für Menschen mit Behinderung
Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL	26.07.2021 <sup>2</sup>	Schließt sich neben der eigenen Stellungnahme der Stellungnahme der LIGA Selbstvertretung an
Konferenz der Beauftragten von Bund und Ländern für die Belange von Menschen mit Behinderungen (KBB)	20.07.2021	
NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.	16.07.2021	
AbilityWatch e.V.	23.07.2021	
SelbstHilfeVerband - FORUM GEHIRN e.V. <sup>3</sup>	23.07.2021	
Deutsches Institut für Menschenrechte	21.07.2021	
Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände - Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.	27.07.2021	Verzicht
Pflegende Angehörige e.V.	26.07.2021 <sup>2</sup>	
LfK – Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e. V.	21.07.2021	
Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.	15.07.2021	gemeinsame Stellungnahme von fünf Fachverbänden für Menschen mit Behinderung
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)	15.07.2021	gemeinsame Stellungnahme von fünf Fachverbänden für Menschen mit Behinderung
Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e.V.	15.07.2021	gemeinsame Stellungnahme von fünf Fachverbänden für Menschen mit Behinderung
Landesarbeitsgemeinschaft Phase F Niedersachsen	22.07.2021	Entspricht Stellungnahme der BAG Phase F e.V.
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)	23.07.2021	

<sup>3</sup> Der SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V. wurde mit Beschluss vom 21. Oktober 2021 in den Kreis der Organisationen mit Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 7g SGB V aufgenommen

BAG Mobile Rehabilitation e.V.	23.07.2021	
Bundesverband NeuroRehabilitation e.V. (BNR)	18.07.2021	
Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e.V. (BAG-SAPV)	23.07.2021	
Deutsche PalliativStiftung	24.07.2021 <sup>2</sup>	
Alexianer Münster GmbH	22.07.2021	
Deutsche Fachpflege Gruppe & Bonitas Holding	23.07.2021	
Vatrium GmbH		
Ambulanter Dienst Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin	21.07.2021	
IPT – Intensivpflegeteam GmbH	22.07.2021	
Gesellschaft für medizinische Intensivpflege mbH	23.07.2021	
Thoraxklinik Heidelberg gGmbH - Universitätsklinikum Heidelberg	22.07.2021	
Lungenfachklinik Immenhausen	19.07.2021	
Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH -Weaning-Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Therapiezentrum für Außerklinische Beatmung	09.07.2021	
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Weaningzentrum		
Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation und Interdisziplinäres Palliativzentrum am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg	23.07.2021	
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	26.07.2021 <sup>2</sup>	
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)	23.07.2021	
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	21.07.2021	Gemeinsame Stellungnahme mit BDA
Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB)	23.07.2021	
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC)	23.07.2021	
Deutsche Gesellschaft für NeuroRehabilitation e.V. (DGNR)	21.07.2021	

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	23.07.2021	
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)	27.07.2021 <sup>2</sup>	
Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN e. V.)	27.07.2021 <sup>2</sup>	Schließt sich der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. an
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)	22.07.2021	
Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA)	21.07.2021	Gemeinsame Stellungnahme mit DGAI
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)	16.07.2021	
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	22.07.2021	
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	19.07.2021	
Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF)	02.08.2021 <sup>2</sup>	
AOK - Niedersachsen	23.07.2021	
AOK - Hessen	23.07.2021	
MD - Bayern	20.07.2021	
AOK Sachsen-Anhalt	20.07.2021	
AOK Bayern	23.07.2021	
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.	30.07.2021	
GKV-IPReG Think Tank	23.07.2021	
PflegeZukunfts-Initiative e.V.	21.07.2021	
KNAIB e.V.	23.07.2021	
complex care solutions GmbH	22.07.2021	

## **B-5 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen**

### **B-5.1 Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen**

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der [fristgerecht] eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen. Die Würdigung der Stellungnahmen ist nachfolgend anhand einer Zuordnung thematischer Schwerpunkte zusammenfassen abgebildet. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in der Anlage zum Abschlussbericht abgebildet. Verfristet eingegangene Stellungnahmen wurden inhaltlich in die weitere Befassung eingebunden, jedoch in der formalen Darstellung der Würdigung nicht berücksichtigt. Die betreffenden Organisationen wurden nicht zur Anhörung eingeladen.

**B-5.1.1 § 1 Grundlagen**

(1) <sup>1</sup>Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, sofern sie die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1 erfüllen. <sup>2</sup>Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum erforderlich ist. <sup>3</sup>Medizinische Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte **[PatV zusätzlich: /Pflegekräfte]** delegiert werden können. <sup>4</sup>Medizinische Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege darf zur Gewährleistung der Patientensicherheit nur durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden. **[GKV-SV, DKG, KBV, zusätzlich: <sup>55</sup>Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.]** <sup>5</sup> oder <sup>6</sup>Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V. <sup>6</sup> oder <sup>7</sup>Die Möglichkeit individueller Vereinbarungen bei Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets gemäß § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V und § 29 SGB IX bleibt unberührt.

**Thema „Definition AKI und Anspruch“**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Notwendige und/oder durchgeführte Interventionen der Intensivpflege sind situationsgerecht zur Sicherung der Versorgungssituation durchzuführen und dienen nicht als Nachweis einer möglichen Intensivpflichtigkeit des betroffenen Menschen.	- gleichwertige pflegefachliche Interventionen einer invasiven Intervention bei gleicher Wirksamkeit und Zielsetzung vorzuziehen.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Einzelne Inhalte der medizinischen Behandlungspflege im Sinne einer Komplexleistung werden auf der Grundlage des gesetzlichen Auftrages in § 3 Absatz 1 Satz 2 konkretisierend, jedoch nicht abschließend aufgeführt. Ziel der außerklinischen Intensivpflege ist auch die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen Die Anspruchsvoraussetzungen ergeben sich aus den	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>b) Erfüllung der Anspruchsberechtigung an Voraussetzung nach § 37c SGB V knüpfen, in der RL nur Konkretisierung.</p>		<p>Kriterien der Verordnungsvoraussetzungen nach § 4.</p> <p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Leistungsumfang der außerklinischen Intensivpflege entspricht dabei dem bisherigen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, denn die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf wurden in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt (vgl. BT-Drs. 19/19368, S. 2). Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V i. V. m. der vorliegenden Richtlinie ersetzt den Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V i. V. m. der HKP-Richtlinie (bislang Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie). Die Regelung in § 4 (ehemals § 3) Absatz 1 stellt deshalb sicher, dass Versicherte, die nach bisherigem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung hatten, nach der neuen</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>§ 4 (ehemals § 3) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Rechtslage außerklinische Intensivpflege beanspruchen können. Der bislang leistungsberechtigte Personenkreis wird hierdurch weder ausgeweitet noch eingengt.</p>	<p>täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.“</p>
<p>c) Im „<i>gesamten Versorgungszeitraum</i>“ ersetzt durch „<i>im Zeitpunkt der Verordnung voraussichtlich gesamten Versorgungszeitraum</i>“</p>	<p>- Vorgabe „im gesamten Versorgungszeitraum“ überschreitet gesetzliche Ermächtigung</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>In zeitlicher Hinsicht bezieht sich die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft auf den täglich erforderlichen Leistungsumfang und somit auf den gesamten Versorgungszeitraum der außerklinischen Intensivpflege. Dieser kann eine Versorgung rund um die Uhr beinhalten oder auf bestimmte Zeiträume beschränkt sein.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Anspruch auf HKP ergänzen, wenn keine AKI erbracht wird.</p>		<p>Siehe Zeile c). Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>§ 3 (ehemals § 9) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:</p> <p>1. „<sup>2</sup>Sofern außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gemäß HKP-Richtlinie erforderlich sind, die nicht während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden können, gelten die dort geregelten Anforderungen.“
e) Beispielfälle für „besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ ergänzen.	- erleichtern die Einordnung, fehlende Legaldefinition.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  In den Tragenden Gründen ist der Personenkreis anhand von Merkmalen und Beispielen beschrieben.	Keine Änderung
f) Definition und Erklärung, was unter einem „vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft“		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Formulierung bezieht sich auf Leistungsorte wie z.B. vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen. Hier wird die AKI i.d.R. für mehrere Versicherte in räumlicher Nähe durch eine geeignete Pflegefachkraft erbracht. Die Formulierung entspricht der bisherigen Formulierung der HKP-RL und wurde entsprechend der Gesetzesbegründung übernommen (vgl. BT-Drs. 19/19368).	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>g) fachlichen und auch einheitlichen Definition „außerklinische Intensivpflege“ ergänzen.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die außerklinische Intensivpflege ist durch die medizinische Notwendigkeit permanenter Interventionsbereitschaft und Anwesenheit, Einsatzbereitschaft und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum gekennzeichnet und entsprechen in der Richtlinie bereits definiert (vgl. § 1 Absatz 1). Einzelne Inhalte der medizinischen Behandlungspflege im Sinne einer Komplexleistung werden auf der Grundlage des gesetzlichen Auftrages in § 3 Absatz 1 Satz 2 konkretisierend, jedoch nicht abschließend aufgeführt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>h) Satz 3 soll wie folgt ersetzt werden: „Die medizinische Behandlungspflege umfasst alle verrichtungsbezogenen, krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verweis auf BT-Drs. 18/5926, Seite 149, „Zu Buchstabe c“</li> <li>- Sofern insbesondere die medizinische Behandlungspflege gem. § 37c SGB V eine „Leistungslücke“ zur Behandlungspflege aufweist, ist diese über die Behandlungspflege zu schließen.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehören zur Behandlungspflege alle Pflegemaßnahmen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einer Ärztin oder einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (vgl. Urteil vom 13. Juni 2006, Az. B 8 KN 4/04 KR R, Rn. 17). Die Begriffe „medizinische Behandlungspflege“ und „Behandlungspflege“ werden synonym verwendet. In dieser Richtlinie wird wie in § 37c SGB V der Begriff „medizinische Behandlungspflege“ verwendet. Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege kann medizinische Behandlungspflege nur an geeignete Pflegefachkräfte delegiert werden.</p> <p>Außerdem wird darauf hingewiesen, dass durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Terminologie „verrichtungsbezogenen, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen“ nicht mehr existiert.</p>	

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
i) „Sicherungspflege“ statt „Behandlungspflege“		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Sicherungspflege ist in diesem Zusammenhang der falsche Begriff. Es geht in Satz 3 um die Klarstellung, dass „Behandlungspflege“ und „medizinische Behandlungspflege“ dieselben Leistungsinhalte umfassen (siehe dazu im Einzelnen die Ausführungen in Zeile , Thema „Qualifikation Pflege“).</p>	Keine Änderung
j) Personenkreis deutlicher darstellen	- Zu stark auf Beatmungspatienten im Mittelpunkt	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Die Regelungen zur Qualifikation der Potenzialerhebung und zur Qualifikation der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege werden in separaten Paragraphen geregelt. Die Potenzialerhebung wird in einen separaten Paragraphen überführt. Auf diese Weise werden spezifische Regelungen für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte deutlicher abgegrenzt von anderen Versicherten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege.</p>	<p><b>Änderung</b></p> <p>Die Struktur der Richtlinie wird angepasst.</p>
k) Personenkreis, der künftig Anspruch auf	- Beschränkung z.B. bei Menschen mit schweren epileptischen Erkrankungen,	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>AKI hat, unzulässig beschränkt (bei Wegfall Ziffer 24 in HKP-RL).</p>	<p>bei denen jederzeit lebensbedrohliche Schluckstörungen auftreten können.</p>	<p>Die Leistungsziffer 24, 1. Spiegelstrich der Bemerkungsspalte der HKP-RL sind von der Regelung der AKI-RL umfasst. In den Tragenden Gründen wird das Beispiel der therapieresistenten Epilepsien mit einer hohen Krampfanfall-Frequenz genannt. Hinsichtlich des Personenkreises, der mit dem 2. Spiegelstrich der Bemerkungsspalte der Nummer 24 beschrieben wird, sieht der G-BA keinen Bedarf für eine Fortführung der Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses) vgl. hierzu die Tragenden Gründe zur Anpassung der HKP-RL (Übergangsregelung)</p>	
<p>l) die Leistung der Intensivpflege von der häuslichen Krankenpflege erkennbar abgrenzen.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d).</p>	<p>Siehe Zeile d)</p>
<p>m) Stringente Differenzierung zwischen volljährigen Versicherten sowie Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen ergänzen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Bei der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bei Kindern, Jugendlichen sowie den in § 1 Absatz 3 Satz 2 der Richtlinie genannten jungen</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Volljährigen sind spezifische Krankheitsbilder im Bereich Pädiatrie und der individuelle psychomotorischen Entwicklungsstand zu berücksichtigen. Die Richtlinie greift die besonderen Belange dieser Versicherten u.a. durch die Festlegung von Anforderungen an die Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Orte der Leistungserbringung, die Beteiligung und Unterstützung von An- und Zugehörigen bei der medizinischen Behandlungspflege sowie einen Verweis in § 12 auf Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung und Kooperationen mit Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin zur Sicherung der Versorgungskontinuität bei jungen Volljährigen auf. Die Inhalte der außerklinischen Intensivpflege ergeben sich wie bei Erwachsenen aus den individuellen Therapiezielen.</p>	
<p>n) <i>[Diverse Änderungsvorschläge zu den Tragenden Gründen]</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	

<b>Hinweise</b>	<b>Begründung</b>	<b>Würdigung</b>	<b>Beschlussentwurf</b>
		Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.	

**Thema „Qualifikation Pflege“**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>a) Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege zur Qualifikation Pflege(fach)kraft streichen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht sachgerecht, systematische Bedenken, nur Abgrenzung in der Richtlinie zu besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege durch Gesetz legitimiert,</li> <li>- Ablehnung „Pflegefachkräfte“: Für einfache medizinische Maßnahmen sind auch in der außerklinischen Intensivpflege keine Plegefachkräfte notwendig</li> <li>- Ablehnung „Pflegefachkräfte“: Sicherstellung der Versorgung Priorität (Fachkräftemangel)</li> <li>- Ablehnung Plegefachkraft: Anspruchseinschränkungen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen und die Richtlinie klarstellend angepasst (siehe Zeile i).</p>	<p>Siehe Zeile p)</p>
<p>b) Ergänzen: <i>Fachkräfte aus der Heilerziehungspflege nach Abschluss einer Ausbildung mit der Alten- und/oder Krankenpflegeausbildung entsprechender Ausbildungsinhalte.</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen Die näheren Anforderungen an die geeignete Plegefachkraft werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V getroffen und sind nicht Gegenstand der AKI-RL.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
c) Satz 3 ergänzen: „ <i>dies beinhaltet Maßnahmen, die üblicherweise an Pflegekräfte...</i> “		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen und die Richtlinie klarstellend angepasst (siehe Zeile p)	(Siehe Zeile p)
d) Ergänzen: /Assistenzkräfte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Dass die außerklinische Intensivpflege durch geeignete Pflegefachkräfte zu erbringen ist, ergibt sich bereits aus § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V.</p> <p>Die näheren Anforderungen an die geeignete Pflegefachkraft werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V getroffen und sind nicht Gegenstand der AKI-RL.</p>	Keine Änderung
e) Ablehnung „Pflegerkraft“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientensicherheit</li> <li>- eine fundierte Ausbildung erforderlich</li> <li>- Verweis auf § 37c Absatz 1 SGB V</li> <li>- Hinweis bereits in der Richtlinie zielführend und bindend für die Verhandlungen.</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen und die Richtlinie klarstellend angepasst (siehe Zeile i).	(Siehe Zeile p)
f) Ergänzen: Passus zur besonderen fachlichen Qualifikation der Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlage für eine angemessene Pflege.</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<ul style="list-style-type: none"> <li>• z.B. Basiskurs für außerklinische Intensivpflege</li> <li>• Anästhesiefachpflegekräfte und Intensivfachpflegekräfte</li> <li>• Atemtherapeuten, Laien oder An- und Zugehörige</li> </ul>		<p>Die näheren Anforderungen an die geeignete Pflegefachkraft werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V getroffen und sind nicht Gegenstand der AKI-RL.</p>	
<p>g) Ergänzen, dass auch Pflegefachkräfte ohne besondere Qualifikation bei Anleitung und Aufsicht einer verantwortlichen Pflegefachkraft eingebunden werden können</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- berufliche Weiterentwicklung</li> <li>- Fachkräftemangel</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die näheren Anforderungen an die geeignete Pflegefachkraft werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V getroffen und sind nicht Gegenstand der AKI-RL.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>h) neuer Begriff „medizinische Behandlungspflege“ missverständlich</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegation an Pflegekräften muss möglich sein</li> <li>- synonyme Verwendung beider Begriffe durch „Pflegekraft“</li> <li>- Qualifikation der nichtärztlichen Leistungserbringer von den Rahmenempfehlungspartner nach § 132 I Absatz 1</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen und die Richtlinie klarstellend angepasst (siehe Zeile i).</p>	<p>siehe Zeile p</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	<p>SGB V zu beantworten ist und nicht Regelungsgegenstand der AKI-Richtlinie</p>		
<p>i) Zustimmung beide Begriffe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satz 3 beschreibt die med. Behandlungspflege im Allgemeinen</li> <li>- Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass die Definition von „medizinischer Behandlungspflege“ der Definition von „Behandlungspflege“ in der HKP-Richtlinie entspricht (vgl. § 2 Absatz 1 HKP-Richtlinie). Die ausführlichere Darstellung der PatV beschreibt den Sachverhalt präziser. Damit kann den Bedenken einer Leistungsreduktion (vgl. Gutachten von Tolmein/Trenk-Hinterberger, s. u.) eindeutiger begegnet werden.</li> <li>- Die wortgleiche Definition beider Begriffe stellt ausdrücklich klar, dass die außerklinische Intensivpflege nicht nur solche Maßnahmen beinhaltet, die ausschließlich von (examierten) Pflegefachkräften erbracht werden dürfen, sondern dass sie auch solche einfachsten medizinischen Maßnahmen umfasst, die nach der HKP-Richtlinie von (nicht examinierten) Pflegekräften erbracht werden könnten. Bestandteil der</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehören zur Behandlungspflege alle Pflegemaßnahmen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (vgl. Urteil vom 13. Juni 2006, Az. B 8 KN 4/04 KR R, Rn. 17). Die Begriffe „medizinische Behandlungspflege“ und „Behandlungspflege“ werden synonym verwendet. In dieser Richtlinie wird wie in § 37c SGB V der Begriff „medizinische Behandlungspflege“ verwendet. Im Rahmen der außerklinischen Intensiv-</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>§ 1 Absatz 1 Sätze 3 und 4 werden als Satz 3 wie folgt gefasst:</p> <p>„<sup>3</sup>Medizinische Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräften <del>[PatV zusätzlich: /Pflegekräfte] delegiert werden können.</del></p> <p><sup>4</sup>Medizinische Behandlungspflege im</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>AKI sind deshalb z. B. auch die Medikamentengabe nach ärztlicher Anweisung und die Messung von Blutdruck und Blutzucker.</p>	<p>pflge kann medizinische Behandlungspflege nur durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden.</p>	<p>Rahmen der außerklinischen Intensivpflege <del>darf zur Gewährleistung der Patientensicherheit nur durch an geeignete Pflegefachkräfte erbracht</del> delegiert werden können.</p>
<p>j) Einheitliche Verwendung der Begriffe Pflegefachpersonen bzw. Pflegeperson.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- einheitliche Verwendung in bundeseinheitlichen Richtlinien ab 2021</li> <li>- durch den Begriff kommt zum Ausdruck, dass es sich hierbei nicht in erster Linie um Arbeitskräfte handelt, sondern um Personen, die mit den pflegebedürftigen Personen im Arbeitsbündnis auf einer Vertrauensbasis zusammenarbeiten</li> <li>- widerspricht den bereits bestehenden (unter-)gesetzlichen Regelungen (s. BRE § 132a Absatz 1, § 4 Ziff. 5 ff. und QPR ambulant, Teil 1A, Ziff. 7.1. ff.).</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Begriff „Pflegefachkräfte“ ist vor dem Hintergrund des Wortlauts von § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V zutreffend gewählt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>k) Die Möglichkeit individueller Vereinbarungen zu Qualifikationsvoraussetzungen bei Leistungserbringung im</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Entsprechend der Gesetzesbegründung zu § 37c Absatz 4 SGB V stellt Absatz 1 Satz 5/6 mit Verweis auf § 37c Absatz 4</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>Rahmen eines persönlichen Budgets ergänzen.</p>		<p>Satz 2 SGB V i.V.m § 2 Absatz 2 Satz 2 SGB V, § 11 Absatz 1 Nr. 5 SGB V und § 29 SGB IX klar, dass die Möglichkeit der Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen eines persönlichen Budgets erhalten bleibt. Versicherte können so in die Lage versetzt werden, das Benötigte selbst zu beschaffen. Voraussetzung ist nach § 29 Absatz 4 SGB IX der Abschluss einer Zielvereinbarung zwischen dem Leistungsberechtigten und den beteiligten Kostenträgern (z.B. gesetzliche Krankenversicherung und Eingliederungshilfe). Bestandteil der Zielvereinbarung sind u.a. auch Regelungen zur Qualitätssicherung der Versorgung. Für die weiteren Details wird auf die Gesetzesbegründung verwiesen (GKV-IPReG, Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit BT-Drucksache 19/20720, Seite 56).</p> <p>In § 1 Absatz 1 Satz 6/ 7 wird dies zum Ausdruck gebracht.</p>	
<p>l) Vereinheitlichung der Anforderungen der Leistungserbringer des persönlichen Budgets</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile k).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>m) § 37 c SGB V erteilt keinen Auftrag zur Spezifikation der Qualifikation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die erforderliche Qualifikation der Pflegefachkräfte wird ausschließlich durch die Parteien der Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V festgelegt.</li> <li>- Richtungsweisende Vorgaben für die pflegerische Qualifikation der geeigneten Pflegekräfte sollten deshalb sowohl in der Richtlinie als auch in den Tragenden Gründen unterbleiben. Sie sind an dieser Stelle auch nicht erforderlich.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Dass die außerklinische Intensivpflege durch geeignete Pflegefachkräfte zu erbringen ist, ergibt sich bereits aus § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V.</p> <p>Die AKI-RL greift die dortige Formulierung auf. § 1 Absatz 1 Satz 4 des Beschlussentwurfes konkretisiert, dass eine Eignung für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege eine besondere Qualifikation erfordert. Dass es bei der Eignung auf die besondere Qualifikation ankommt, ergibt sich bereits aus der Gesetzesbegründung. Diese nimmt unter anderem darauf Bezug, dass in der Versorgung bisher teilweise nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt werde (BT-Drs. 19/19368, S. 20). Dass die Anforderungen an diese Eignung in den Rahmenempfehlungen gemäß § 132I SGB V zu regeln sind, wird nicht durch die AKI-RL bestimmt, sondern durch § 132I SGB V (vgl. dort insbesondere Absatz 2 Nummer 1 und 4). Auf diese Vorschrift nimmt § 1 Absatz 1 Satz 4 des Beschlussentwurfes lediglich Bezug.</p>	<p>Keine Änderung</p>

(2) <sup>1</sup>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. <sup>2</sup>Die Verordnung erfolgt durch besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 1 und 2 [DKG, KBV, PatV: 1 bis 3]. <sup>3</sup>Die Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie erfolgt auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) „besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte“ weiter definieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- z.B. mit Blick auf nicht beatmungsbedürftig oder trachealkanülierte Patienten</li> <li>- Fachkräftemangel</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Anforderungen an die Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird in § 9 (ehemals § 4 Absatz 1) geregelt. In § 9 Absatz 2 (ehemals Absatz 2/3) werden die Anforderungen für Versicherte, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, beschrieben.</p> <p>Entsprechend des in §§ 5 und 6 (ehemals §§ 3 und 5) beschriebenen abgestuften Behandlungsverfahrens wird einerseits zwischen Qualitätsanforderungen an Ärztinnen und Ärzte, die verordnen und andererseits Qualitätsanforderungen an Ärztinnen und Ärzte, die das Entwöhnungspotential feststellen, unterschieden. Dadurch werden die verfügbaren ärztlichen Ressourcen optimal eingesetzt.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
b) Zugang zu VerordnerInnen muss sichergestellt sein		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen, (siehe Zeile a).	Keine Änderung
c) Möglichkeit der „Nachqualifikation“ ergänzen	- Fachkräftemangel	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<p><b>Änderung:</b></p> <p>§ 9 (ehemals § 4) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>„<sup>5</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt oder die Absicht erklärt, sich diese innerhalb von sechs Monaten anzueignen und nachzuweisen. <sup>6</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hierzu regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen anzubieten. <sup>7</sup>Falls die</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine ergänzende Fachexpertise für notwendig hält, kann diese konsiliarisch eingebunden werden.“
d) Keine Einschränkung der verordnungsberechtigten ÄrztInnen		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Nach § 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V dürfen nur besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p> <p>In der Gesetzesbegründung (vgl. Gesetzentwurf zum IPreG - Drucksache 19/19368) werden die Fachärztinnen und Fachärzte aufgezählt, die der Gesetzgeber als besonders qualifiziert bewertet.</p> <p>Darüber hinaus sind Hausärztinnen und Hausärzte mit den entsprechend in der AKI-RL festgelegten Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besonders qualifiziert. Sie haben eine zentrale Position bei der Betreuung ihrer Patientinnen</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>und Patienten, aus der heraus sie deren Kontextfaktoren und Lebensumstände kennen und einschätzen sowie der komplexen Behandlungsbedarfe gerecht werden können.</p>	
<p>e) Ergänzen um pflegewissenschaftliche und bezugswissenschaftliche Erkenntnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Richtlinie regelt die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege</li> <li>- Fokus auf reine naturwissenschaftliche Perspektive ist in dem Setting der ambulanten Intensivpflege vor dem Hintergrund aktueller pflegebezogener Theorien und Forschung nicht ausreichend.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Leistungen der außerklinischen Intensivpflege unterliegen § 2 Absatz 1 SGB V und haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Der G-BA trifft keine Vorgaben zur fachlichen Umsetzung des pflegerischen Handelns.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>f) Indikationsprüfungen bei Nurkanülierten müssen während des regelmäßigen Kanülenwechsels (Vorschrift ist mindestens alle 28 Tage) mittels Auslassung durch Facharzt und Fachpflege A+I, welche nicht den</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gängige Praxis</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der G-BA hat die Anforderungen an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte sowie die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte differenziert. Für die Beurteilung eines Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials sind spezifische Anforderungen an die durchführenden Ärztinnen und Ärzte erforderlich, die über die Anforderung an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte hinausgehen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>Pflegediensten angehören (Interessenskonflikte ausschließen), durchgeführt werden.</p>		<p>Eine unkritische Übernahme von verordnungsbegründenden Diagnosen für Folgeverordnungen, wie vom Stellungnehmer beschrieben, wird dadurch gehemmt.</p>	
<p>g) Verordnung durch Weaning-Board eines Zentrums oder durch ein Weaning-Zentrum mit DGP-Zertifizierung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expertise</li> <li>- Potentialbeurteilung durch schriftliches Assessment-Instrument, welches durch den behandelnden Arzt einzureichen ist</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Da die Bewertung des Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials fachliche Kompetenzen und Erfahrungen voraussetzt, können nur entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte diese Tätigkeit durchführen. Hierfür sind gemäß § 8 Absatz 1 Satz 1 (ehemals § 4 Absatz Satz 1) Facharztgruppen qualifiziert, die Methoden- und Handlungskompetenzen und praktische Erfahrungen in der Behandlung und Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten durch einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit erworben und nachgewiesen haben.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Eine Beschränkung auf zertifizierte Weaning-Zentren wird daher nicht vorgesehen.	
h) Satz 1 streichen	- Redundant, § 12 Absatz 1 S. 2 SGB V	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. § 1 Absatz 2 Satz 1 beschreibt eine Grundlage der Verordnungsfähigkeit. Dem Vorschlag zur Streichung wird daher nicht gefolgt.	Keine Änderung

(3) <sup>1</sup>Die oder der Versicherte hat nur dann einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, wenn und soweit sie oder er die außerklinische Intensivpflege nicht selbst durchführen kann. <sup>2</sup>Bei der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sind die gesundheitliche Eigenkompetenz, der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten sowie die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, von jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und von volljährigen Versicherten zu berücksichtigen (vgl. § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V). <sup>3</sup>Die Versorgung durch An- und Zugehörige soll insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie den in Satz 2 genannten jungen Volljährigen ermöglicht und angemessen berücksichtigt werden. <sup>4</sup>Dabei sind die Ressourcen im häuslichen Umfeld zu fördern und angemessen zu berücksichtigen.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Satz 1 streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch AKI mit gedeckter Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder Maßnahmen der Behandlungspflege (Aufbautatbestand), könnte von Personen mit geringerem Qualifikationsniveau erbracht werden.</li> <li>- Soweit also die AKI die Interventionsbereitschaft einer weiteren Person tatbestandlich erfordert, kann die AKI nicht durch den Versicherten selbst durchgeführt werden.</li> <li>- hohen Konkretisierungsbedürftigkeit</li> <li>- geeignet, eine Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen einzuführen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Es entspricht dem SGB V zugrundeliegenden allgemeinen Grundsatz der Erforderlichkeit, dass ein Anspruch auf Leistungen nur dann besteht, wenn die oder der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen nicht selbst erbringen kann.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>b) Satz 2: „Selbstpflegekompetenz“ statt „gesundheitliche Eigenkompetenz“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pflege- /wissenschaftlich /fachliche Einschätzung nach Selbstpflegekompetenzmodell nach Orem</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Formulierung berücksichtigt den Grundsatz nach § 1 Satz 2 SGB V. Inhaltlich ist auch die Selbstpflegekompetenz gemeint.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>c) Klarstellung ergänzen, dass die Versorgung durch An- und Zugehörige nicht geeignet ist den Versorgungsauftrag der Krankenkassen für intensivpflegebedürftige Kinder (und sonstige Patienten) zu erfüllen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Einschränkung des Anspruchs bei Übernahme von Leistungen durch Angehörige (anders als in §37 Absatz 3 SGB V)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine Beteiligung der An- und Zugehörigen an der im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege verordneten Versorgung zielt insbesondere bei einer Versorgung im Haushalt der Familie der oder des Versicherten auf den Schutz der Familie und der Persönlichkeitsrechte der Versicherten und Ihrer Familienangehörigen.</p> <p>Eine Einschränkung des Anspruchs bei Übernahme von Leistungen durch Angehörige ist im Kontext der außerklinischen Intensivpflege durch diese Regelung nicht verbunden. Wenn Angehörige Leistungen stundenweise übernehmen und der Pflegedienst seine Einsatzzeit entsprechend reduziert, erhält der Pflegedienst nur die Stundenvergütung im Rahmen seines tatsächlich erbrachten Einsatzes.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
d) S. 3: „angemessen berücksichtigt“ streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- als unbestimmter Rechtsbegriff eröffnet diese Formulierung Unsicherheiten, die zulasten der Versicherten gehen können.</li> </ul>	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<p><b>Änderung:</b></p> <p>§ 1 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>Die Wörter „und angemessen berücksichtigt“ werden gestrichen.</p>
e) Eine Selbsteinschätzung unter Einbeziehung einer unabhängigen Beratungsstelle ermöglichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendenz zur Überschätzung</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bei einer wunschgemäßen Beteiligung der An- und Zugehörigen findet die Familiensituation Berücksichtigung. Zudem ist die Absprache mit dem Leistungserbringer und dem verordnenden Vertragsarzt in § 12 (ehemals § 10) geregelt.</p>	Keine Änderung
f) Ergänzen: Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reibungslosen Übergang in die häusliche Pflege und die ambulante Behandlung</li> </ul>	Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche werden nach Maßgabe von § 43 Absatz 2 SGB V erbracht.	Keine Änderung
g) Förderung der „Ressourcen im häuslichen Umfeld“ beschreiben	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unklar</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ressourcen im häuslichen Umfeld der oder des Versicherten zur Unterstützung der komplexen außerklinischen Versorgung sowie zur Unterstüt-</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>zung des Erhalts und die Förderung von Selbständigkeit sind patientenindividuell und insofern nicht näher bezeichnet.</p> <p>Die im Satz 4 beschriebene Förderung von Ressourcen ist ein Grundsatz der medizinisch-pflegerischen Versorgung.</p>	
<p>h) Satz 4: „und angemessen zu berücksichtigen“ streichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aus individuellen Ressourcen sind keine Konsequenzen für die verordnete Leistung ableitbar</li> <li>- Bezug unklar</li> <li>- unbestimmter Rechtsbegriff</li> <li>- Hinwirken auf die Übernahme von Leistungen der GKV in der AKI nicht statthaft, nicht abzuleiten aus den „besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen“</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile d)</p>	<p>Siehe Zeile d)</p>
<p>i) Ergänzen „und unter Berücksichtigung der aktuellen Situation im Familienumfeld“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Änderungen im Familienkontext</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile e).</p>	<p>Keine Änderung.</p>
<p>j) in der AKI bei Kindern und Jugendlichen der Leistungsumfang in Stunden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Änderungen im Familienkontext</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile e).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>bzw. als Stundenkontingent pro Woche und/oder Monat fest-zuschreiben und zu verordnen, um die Versorgung von An- und Zugehörigen entsprechend individuell zu ermöglichen.</p>			
<p>k) Satz 4 Ergänzen: Umsetzung Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere der Art. 7 und 23.</p>	<p>- Kindeswohl ist vorrangig zu berücksichtigen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine Übernahme von pflegerischen Leistungen durch An- oder Zugehörige erfolgt nur, soweit diese und die oder der Versicherte das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann (vgl. § 12 Absatz 6, ehemals § 10 Absatz 5/6)</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>§ 12 (ehemals § 10) Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„<sup>1</sup>Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese und die oder der Versicherte das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörige</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			gen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann.“
l) Satz 4: Berücksichtigung psychosozialer Faktoren der An- und Zugehörigen ergänzen	- Entlastung Eltern	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. (siehe Zeile e).	Keine Änderung
m) Getrennte Regelungen für Kinder Kinder und Jugendliche und volljährige Versicherte berücksichtigen	- sonst Verstoß gegen Ermächtigungsgrundlage - sonst verfassungsrechtlich bedenklich.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. (Siehe Thema „Definition AKI und Anspruch“, Zeile m).	Keine Änderung

- (4) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege kann an folgenden Orten erbracht werden:
1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen,
  2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI,
  3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132I Absatz 5 Nummer 1 SGB V oder
  4. im Haushalt der oder des Versicherten oder in dem Haushalt der Familie der oder des Versicherten oder
  5. sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, in Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

<sup>2</sup>Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. <sup>3</sup>Das Nähere regelt § 37c Absatz 2 Sätze 3 bis 9 SGB V.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Satz 1 umformulieren im Sinne „Versicherte erhalten...“	- Absatz 4 in der vorliegenden Fassung schränkt den Leistungsanspruch ein: § 37 c Absatz 2 SGB V regelt einen Anspruch „erhalten“ und keine Kann-Regelung (Ermessen).	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  Zu Klarstellung wird der Vorschlag aufgegriffen und der Beschlussentwurf angepasst.	<b>Änderung:</b>  § 1 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege an folgenden Orten: [...]“
b) Gesonderte Regelung zum Ort der Leistungserbringung bei Kindern und Jugendlichen	- Gewichtung auf Versorgung bevorzugt innerhalb des eigenen Haushaltes oder der Familie erfolgen soll und auch an Orten wie Schulen, Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie den in § 1 Absatz 3 Satz 2 der Richtlinie genannten jungen Volljährigen ist davon auszugehen, dass die Versorgung bevorzugt inner-	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>halb des eigenen Haushaltes oder der Familie erfolgen soll und auch an Orten wie Schulen, Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen zu ermöglichen ist, sodass Kinder und Jugendliche mit ihren primären Bezugspersonen aufwachsen können und nach ihren Möglichkeiten am Leben der Gemeinschaft teilhaben. Die Richtlinie greift die unterschiedlichen Orte der Leistungserbringung im Sinne der gesetzlichen Regelung auf.</p>	
<p>c) Keine Nummerierung, Reihenfolge ändern</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gleichberechtigte Aufzählung</li> <li>- Vorrang häusliche Pflege</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Rechtsförmlich sind Aufzählungen mit Nummern oder Buchstaben zu kennzeichnen. Die Nummerierung stellt keine Gewichtung dar. Die Reihenfolge der Aufzählung entspricht dem Gesetzeswortlaut.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Begriff „Leistungs-ort“ durchgängig durch „Lebensmittelpunkt „ersetzen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Begriff „Leistungs-ort“ ist hier irreführend und vernachlässigt die Bedeutung der eigenen Wohnung als Rückzugsort und Lebensmittelpunkt.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die gewählte Formulierung greift den Gesetzeswortlaut auf.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Regeln, dass grundgesetzlich garantierte, freie Wahl</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eine pflegebedürftige Person muss auch das Recht haben, sich für den</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
des Lebensmittelpunktes gewährleistet wird.	„Leistungsort“ der eigenen Wohnung zu entscheiden, auch wenn die Risiken für Komplikationen höher zu sein scheinen, als an einem anderen „Leistungsort“.	Gemäß § 37c Absatz 2 Sätze 2 und 3 SGB V ist berechtigten Wünschen der Versicherten zum Leistungsort zu entsprechen, sofern die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann.	
f) „Hort“ ergänzen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Richtlinie greift die unterschiedlichen Orte der Leistungserbringung im Sinne der gesetzlichen Regelung auf, die Auflistung ist nicht abschließend und der damit genannte Leistungsort grundsätzlich nicht ausgeschlossen und hängt von den weiteren Rahmenbedingungen ab.	Keine Änderung
g) Statt „insbesondere“ unter anderem“	- Sonst schwer Abweichung möglich	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Formulierung greift den Gesetzeswortlaut auf, die Auflistung ist nicht abschließend.	Keine Änderung
h) Haushaltsbegriff überdenken	- Andere Wohnformen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Formulierung greift den Gesetzeswortlaut auf.	Keine Änderung
i) Ergänzen: im Haushalt der An- und Zugehörigen	- insb. wichtig bei Kindern und Jugendlichen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Formulierung greift den Gesetzeswortlaut auf.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>j) Ergänzen um Orte, die im Rahmen einer Partizipation am gesellschaftlichen Leben und zum Erhalt bzw. Erlangen einer möglichst guten Lebensqualität erforderlich sind.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilhabe</li> <li>- Aufenthaltsbestimmungsrecht</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Formulierung greift den Gesetzeswortlaut auf, die Auflistung ist nicht abschließend.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>k) Absatz streichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der G-BA hat für die Orte der Leistungserbringung gar keine Regelungskompetenz.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Richtlinie greift die unterschiedlichen Orte der Leistungserbringung im Sinne der gesetzlichen Regelung auf</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>l) Ergänzung zu Absatz 4 Satz 3: „Das Nähere regeln § 37c ..... und § 27 SGB V Absatz 1“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der im §27 SGBV geregelte Anspruch auf Palliativversorgung sollte an dieser Stelle mit aufgenommen werden.</li> </ul>	<p>Vorschlag zur Verortung entspricht nicht der Systematik der Richtlinie. Die Formulierung in § 1 Absatz 4 Satz 3 bezieht sich allein auf die Regelungskompetenz bezüglich der Vorgaben zum Leistungsort. Der Einbezug von palliativer Fachkompetenz wird in § 4 (ehemals § 3) Absatz 4 der AKI-RL geregelt.</p>	<p>Keine Änderung</p>

KBV, DKG, GKV zusätzlich
<p><sup>4</sup>Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist,</li> <li>2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</li> <li>3. für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur).</li> </ol>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) „stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur“ als Gewährleistungsziel definieren.	- Aufenthaltsbestimmungsrecht	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Im Sinne der Qualitätssicherung ist zu gewährleisten, dass die am Leistungsort zur Verfügung stehende Infrastruktur die Durchführung der AKI zulässt (vgl. § 3, ehemals § 9, Absatz 5).	Keine Änderung
b) Auch gelegentlicher Aufenthalt kann sonstig geeigneter Ort sein.	- selbstbestimmte Lebensführung und Mobilität	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<b>Änderung:</b> KBV, DKG, GKV zusätzlich (Satz 4) wird gestrichen.
c) „regelmäßig wiederkehrend“ und Nr. 3 streichen.	- Sonst unzulässige Einschränkung - Hinweis auf synchrone Formulierung in § 9 Absatz 5 achten.	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  Siehe Zeile b)	Siehe Zeile b)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
d) Satz 4 streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inklusion Bei Kindern und Jugendlichen</li> <li>- Wunsch- und Wahlrecht</li> <li>- Orte nach Nr. 5: wie z.B. Schulen oder Werkstätten, unterliegen Anforderungen außerhalb des Regelungsumfangs dieser Richtlinie.</li> <li>- Gefährdet Teilhabe</li> <li>- Regelungen widersprechen möglicherweise der UN-Behindertenrechtskonvention</li> </ul>	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<b>Änderung:</b> KBV, DKG, GKV zusätzlich (Satz 4) wird gestrichen
e) Zustimmung Satz 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientensicherheit</li> <li>- Einheitliche Verwaltungspraxis</li> <li>- die dadurch erfolgte Konkretisierung erforderlich</li> <li>- nicht jedes Umfeld ist für die eine außerklinische Intensivpflege eines Versicherten geeignet.</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile a)	Siehe Zeile d)
f) Kompetenz Casemanager MD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- umfassende Expertise erforderlich für Begutachtung</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Anliegen obliegt nicht der Regelungskompetenz des G-BA.	Keine Änderung
g) Streichung „geeignet“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht definiert</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Siehe Zeile d)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Die Formulierung greift den Gesetzeswortlaut auf. Der Satz 4 wird aus weiteren Erwägungen gestrichen, siehe Zeile d).	
h) Orte Nr. 5	- Für Wohnformen trifft „regelmäßig wiederkehrend“ nicht zu, sondern „dauerhaft“.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d).	Siehe Zeile d)
i) Definition sonstige geeignete Orte	- Unklar, ebenso Prüfkriterien unklar	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d).	Siehe Zeile d)

(5) <sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege kann **[PatV: kann soll]** für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden. <sup>2</sup>Auch für die Zeit des Aufenthalts in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Hospize), kann **[PatV: kann soll]** außerklinische Intensivpflege nicht verordnet werden. <sup>3</sup>Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen. § 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) In Ausnahmefällen ermöglichen wenn Versorgung durch qualifizierte Pflegefachkräfte nicht sichergestellt ist</p> <p>Absatz streichen, Ablehnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientensicherheit, Förderung des Gesundheitszustandes</li> <li>- In Einrichtung in denen nicht die Qualitätsstandards für Leistungserbringer gemäß § 132 L erfüllt werden (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Hospize) kann AKI verordnet werden</li> <li>- „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ ist gesetzlich nicht gedeckt, führt zu Ausschluss psychiatrischer Behandlung</li> <li>- Keine Verschlechterung gegenüber Assistenz im Krankenhaus nach § 113 SGB IX</li> <li>- Regelung des Gesetzgebers zur Assistenz im Krankenhaus gleicht Versorgungsbedarf nicht aus (nichtmedizinische Nebenleistungen)</li> </ul>	<p><b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>In Ausnahmefällen (wie z.B. bei Versicherten mit umfangreichen Unterstützungsbedarf) soll die außerklinische Intensivpflege auch für den Zeitraum einer Krankenhausbehandlung oder für den Aufenthalt in einer anderen Einrichtung verordnet werden können. Aufgrund von Mangel an zeitlichen und personellen Kapazitäten kann sonst in diesen Fallkonstellationen eine qualitative und sichere Pflege nicht sichergestellt werden. Dies setzt oftmals eine 1:1 Pflege durch eine qualifizierte und mit dem Versicherten vertrauten Pflegeperson voraus.</p> <p><b>KBV, DKG, GKV-SV:</b> Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Regelung, dass außerklinische Intensivpflege für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthaltes und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden kann, ist</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p><b>PatV:</b> § 1 Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p> <p>„<sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege kann für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nur verordnet oder weitergeführt werden, wenn ein besonderer Unterstützungsbedarf durch eine vertraute Pflegefachkraft für die Aufnahme und Be-</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen wichtig</li> <li>- Bei selbst organisierter Pflege nach §63b Absatz 3 und 4 SGB XII (Leistungskonkurrenz) ist die Verordnung häuslicher Krankenpflege weiterhin möglich.</li> <li>- In Ausnahmefällen erforderlich: z.B. beatmeter Pat. wird auf Normalstation aufgenommen, auf der Beatmung nicht gewährleistet werden kann.</li> </ul>	<p>gleichermaßen bereits Inhalt der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA, welche die derzeitige Grundlage für die Verordnung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege darstellt. Sie wurde daher entsprechend übernommen.</p> <p>Auch in anderen Versorgungssettings, bei denen ein gesetzlicher Anspruch auf medizinische Behandlungspflege besteht, kann außerklinische Intensivpflege nicht verordnet werden. Ob der Anspruch in diesen Einrichtungen dem Anspruch nach dieser Richtlinie entspricht, ist durch die Krankenkasse im Einzelfall zu prüfen. Die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) beinhaltet auch die Erbringung der medizinischen Behandlungspflege. Aufgrund der Regelung in § 37c Absatz 3 SGB V besteht in vollstationären Pflegeeinrichtungen dennoch ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V.</p>	<p>handlung im Krankenhaus oder einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erforderlich ist. <sup>2</sup>Auch für die Zeit des Aufenthalts in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch diese Einrichtungen besteht (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Hospize), kann außerklinische Intensivpflege nur verordnet werden, wenn die Unterstützung durch vertraute Pflegefachkräfte für die Aufnahme und Behandlung erforderlich ist.</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p><sup>3</sup>Vertraute Pflegefachkräfte im Sinne von Satz 1 und 2 sind Personen, die dem Leistungsberechtigten gegenüber im Alltag bereits Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen.<sup>4</sup>§ 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.“</p> <p><b>KBV, DKG, GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>
<p>b) Ausnahmeregel für Kinder und Jugendliche erforderlich</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankheitsverläufe</li> <li>- Personalschlüssel</li> <li>- Verschlechterung des Gesundheitszustandes vermeiden</li> </ul>	<p><b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>In Ausnahmefällen (wie z.B. bei Versicherten mit umfangreichen Unterstützungsbedarf) soll die außerklinische Intensivpflege auch für den Zeitraum einer Krankenhausbehandlung oder für die Zeit des Aufenthalts in einer anderen Einrichtung verordnet werden können. Aufgrund von Mangel an zeitlichen und personellen Kapazitäten kann sonst bei diesen Fallkonstellationen eine qualitative und sichere Pflege nicht sichergestellt werden. Dies</p>	<p><b>KBV, DKG, GKV-SV:</b> Keine Änderung</p> <p>PatV: siehe Zeile a)</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>setzt oftmals eine 1:1 Pflege durch eine qualifizierte und mit dem Versicherten vertrauten Pflegefachkraft voraus.</p> <p>Bei den genannten Ausnahmefällen kann es sich sowohl um Kinder und Jugendliche als auch um Erwachsene handeln.</p> <p><b>KBV, DKG, GKV-SV:</b> Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a)</p>	
c) Abwesenheitsregelung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wirtschaftlich schwierig</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Regelungen zur Vergütung für Abwesenheitszeiten ist nicht vom Regelungsauftrag des G-BA umfasst.</p>	Keine Änderung
d) Ablehnung „soll“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nach § 39 Absatz 1 Satz 3 die Krankenhausbehandlung grundsätzlich im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen,</li> <li>- Doppelfinanzierung</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	Keine Änderung

(6) Diese Richtlinie ist gemäß § 91 Absatz 6 SGB V für die Träger des G-BA, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Streichen	- Durch diesen Absatz werden Vertragsgestaltungen von Kassen und Versicherten eingeschränkt.	Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	

(7) Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem 01.01.2023 verordnet.

(8) Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c SGB V werden von Leistungserbringern erbracht, die über Verträge gemäß 132I Absatz 5 SGB V verfügen. Darüber hinaus kann die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c SGB V übergangsweise auch durch Leistungserbringer mit Verträgen gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zeitraum: Zustimmung 01.01.2023	- Aufbau Versorgungsstrukturen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	<b>Änderung:</b> Die Regelung wird aus strukturellen Gründen in einen neuen § 14 Absatz 1 übernommen und wie folgt gefasst: „ <sup>1</sup> Die Richtlinie tritt am 01.01.2023 in Kraft. <sup>2</sup> Verordnungen von Leistungen

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			der außerklinischen Intensivpflege erfolgen [PatV, DKG: erst] ab dem 01.01.2023. [DKG, PatV, KBV zusätzlich: <sup>3</sup> Bis zu diesem Zeitpunkt werden Verordnungen zur außerklinischen Intensivpflege nach der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie verordnet.]
b) Zeitraum zwölf Monate nach der Verabschiedung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungen der AKI können nur von Leistungserbringern erbracht werden, die Verträge mit den Krankenkassen nach § 132I Ab. 5 abgeschlossen haben.</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Aus Gründen der Transparenz ist in § 14 (neu) die gesetzliche Regelung des § 132I Absatz 5 Satz 6 SGB V wiedergegeben, wonach Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V so lange fortgelten, bis sie durch Verträge nach § 132I Absatz 5 Satz 1 abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach 132I Absatz 1.	<b>Änderung:</b>  Die Regelung wird aus strukturellen Gründen in einen neuen § 14 Absatz 2 übernommen und wie folgt gefasst:  „ <sup>1</sup> Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c SGB V werden von Leistungserbringern erbracht, die

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			über Verträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V verfügen. <sup>2</sup> Die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach § 132I Absatz 5 Satz 1 SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.“
c) Absatz 8 streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- redundant</li> <li>- Rahmenempfehlungen kann nicht vorgegriffen werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a) und b)</p>	Siehe Zeile a) und b)
d) Absatz 7 und 8 streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mit einer Übergangsregelung bzgl. der Leistungserbringerqualifikationen entsteht eine Unwucht, die u.U. nicht mehr einzufangen ist.</li> <li>- Der Leistungsanspruch nach § 37c SGB V und daran geknüpft dessen Folgen (z.B. § 37 c Absatz 3 SGB V)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zu Absatz 7: Erst ab dem 1. Januar 2023 sind voraussichtlich alle Voraussetzungen erfüllt, um eine Verordnung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege auf Basis der Richtlinie zu ermöglichen. Die umfassende Neugestaltung der bisher-</p>	Siehe Zeile a) und b)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>besteht mit Inkrafttreten des Gesetzes. Dies kann durch eine zeitliche Streckung in der AKI-Richtlinie nicht ausgehöhlt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fristen sind im § 37c und 132I SGB V geregelt. Danach treten die Regelungen spätestens zum 01.11.2022 in Kraft</li> </ul>	<p>gen Versorgungslandschaft einschließlich der Implementierung sektorenübergreifender Versorgungspfade werden erstmalig umzusetzen sein. Es sind umfangreiche Schritte zur Vorbereitung notwendig, um eine koordinierte Einführung dieser Versorgungsleistungen zu ermöglichen.</p> <p>Zu Absatz 8: siehe Zeile b).</p>	
<p>e) Ergänzen: „sie kann über diesen Zeitraum hinaus fortgelten, wenn durch die Leistungserbringer mit Verträgen nach § 123a Absatz 4 SGB V die Vereinbarungen der Rahmenempfehlung erfüllt werden.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelungslücke schließen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b).</p>	<p>Siehe Zeile b).</p>
<p>f) Zustimmung Absatz 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gültige Verträge erforderlich</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Siehe Zeile b).</p>
<p>g) Zustimmung Absatz 7 und 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechtsklarheit</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Siehe Zeile b).</p>
<p>h) Übergangsfrist auf 24 Monate verlängern.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine angemessene, ausreichend lange Übergangsfrist für die Organisation der Versorgung</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Die Frist für die Übergangsregelung ist in § 132I Absatz 5 Satz 5 SGB V geregelt. Hier besteht für den G-BA kein Gestaltungsspielraum. Siehe Zeile b)</p>	
<p>i) Erstverordnungen 12 Monate und Folgeverordnungen bis zu einem Versorgungszeitraum 24 Monate nach Inkrafttreten der AKI-RL ausschließlich nach den Regelungen der Richtlinie.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V i. V. m. der vorliegenden Richtlinie ersetzt den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V i. V. m. der HKP-Richtlinie (Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie). Der Gesetzgeber hat eine mehrjährige Übergangszeit vorgesehen, da zunächst die erforderlichen Umsetzungsschritte (nach der AKI-Richtlinie des G-BA auch Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V und Abschluss von Versorgungsverträgen gemäß § 132I Absatz 5 SGB V) erfolgen müssen, so dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege bis zum 30. Oktober 2023 bestehen bleibt.</p> <p>Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, die vor dem 1. Januar 2023 ausgestellt wurden, verlieren ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
j) Absatz 8: Bezug auf Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V-nehmen.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b) Übergangsregelungen in den Verträgen nach §132a/l obliegen den jeweiligen Vertragspartnern.	Siehe Zeile b)
k) Versorgung im Rahmen eines persönlichen Budgets sind hier nicht erwähnt.		Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	

**B-5.1.2 § 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, an den in § 1 Absatz 4 genannten Orten im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung die Patienten- und Versorgungssicherheit von Versicherten, die die Voraussetzungen nach § 3 Absatz 1 erfüllen nach Maßgabe ihres individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. <sup>2</sup>Sie dient im Rahmen des Leistungsumfangs der GKV auch der Verbesserung der Lebensqualität.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ablehnung der Ergänzungen zu 2 oder 3 (1-4) und 4 oder 5 (1-8)  Ergänzen: „...an den in § 37 c Absatz 2 genannten Orten.“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht Gegenstand der G-BA-Regelung</li> <li>- Keine Befugnis zur Einschränkung der Orte</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Würdigung zu § 1 Absatz 4 Satz 4</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>b) in Satz 1 bitte zufügen: „(...) individuellen Bedarfs und ihrer individuellen Wünsche (...)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- das Wunsch- und Wahlrecht ist zu beachten („Nichts über uns ohne uns!“)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zur Feststellung der Therapieziele sind diese gemäß § 6 (ehemals § 5) Absatz 2 der Richtlinie bei der Verordnung mit der oder dem Versicherten zu erörtern. Diese Regelung trägt ebenso wie die strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens im Rahmen der Potenzialerhebung dem durch den Stellungnehmer geäußerten Anliegen Rechnung.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>c) Satz 2 wird um die Worte ergänzt: „...und der Förderung der Teilhabe“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ermöglichung von Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und sozialen Umfeld (siehe völkerrechtliche Verträge)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Gesetzliche Krankenkassen sind nach dem SGB IX Reha-Träger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Träger für unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 6 Absatz 1 Ziffer 1 SGB IX).</p> <p>Leistungen zur Sozialen Teilhabe zielen darauf ab, Behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen zu einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu befähigen bzw. den Zugang zu einer</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>gleichberechtigten Teilhabe zu erleichtern.</p> <p>Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind in SGB IX geregelt und nicht Regelungsgegenstand dieser Richtlinie.</p>	
<p>d) Ergänzung Absatz 1 Satz 2:  <i>„Sie dient im Rahmen des Leistungsumfanges der GKV auch der Verbesserung der Lebensqualität. Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährige insbesondere durch Stabilisation des Familiensystems.“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung der Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen und auch jungen Volljährigen ist ohne den Blick auf das Familiensystem nicht zu erreichen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Einzelne Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität werden nicht genannt. Die Berücksichtigung der Familiensituation ist bei der Ausgestaltung der Leistung zu berücksichtigen, vgl. hierzu § 12 (neu) Absatz 6.</p>	Keine Änderung
<p>e) Ergänzung Absatz 1:  <i>„Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten. Therapieziele sind:</i>  <i>[...]</i>  <i>des Gesundheitszustandes sowie</i>            4. <i>bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind weitere Therapieziele:</i>                a) <i>Sicherstellen einer den Möglichkeiten der Krankheit entsprechenden Entwicklung,</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder, Jugendliche und junge Volljährige haben Recht auf Inklusion</li> <li>- „Abnabelung“ von Eltern muss bei intensivpflegebedürftigen Kindern/Jugendlichen als Therapieziel Berücksichtigung finden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Medizinische Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege an geeignete Pflegefachkräfte delegiert werden können. Die nach a) bis c) genannten Aspekte können insofern über die Erörterung der individuellen Therapieziele und der Beteiligung der</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>b) Förderung psychosozialer Ressourcen und</p> <p>c) Sicherstellung eines stabilen Familiensystems.</p>		<p>An- und Zugehörigen an der Pflege begleitend aufgegriffen werden. Ziele nach a) bis c) sind z.B. Gegenstand der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII geregelt.</p>	
<p>f) Passus streichen: „(...) im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung (...)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Außerklinische Intensivpflege, in der auch pflegerische Vorbehaltsaufgaben enthalten sind (z.B. Festlegung des Pflegebedarfs, Steuerung des Pflegeprozesses), kann nicht als Teil der ärztlichen Behandlung definiert werden.</li> <li>- widerspricht dem Sinn von §10, Absatz 1, in dem die Verpflichtung zur Teamarbeit aller beteiligten Gesundheitsfachberufe geregelt ist.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

- (2) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten. Therapieziele sind
1. die Sicherstellung von Vitalfunktionen,
  2. die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie
  3. die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und den sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Änderungsvorschlag:</p> <p>(2) 1 Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten. Therapieziele sind</p> <p><i>1. Lebensqualität und selbstbestimmte Teilhabe</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In § 1 SGB IX: Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft prioritäres Ziel der Rehabilitation</li> <li>- Erfolgreiches Weaning kann nicht als prioritäres Therapieziel verfolgt werden, denn Unabhängigkeit von invasiver Beatmung zu einer Verschlechterung der Lebensqualität und Teilhabe führt (weil beispielsweise die Leistungsfähigkeit ohne invasive Beatmung erheblich eingeschränkt ist.)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Würdigung zu Absatz 1 Zeile c).</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Satz 1, 3. „den sich daraus ergebenden Symptomen...“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Korrektur Schreibfehler</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>Änderung:</b></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p>§ 2 Absatz 1 Nr. 3 wird wie folgt re-daktionell ange-passt:</p> <p>„ [...] und <del>den</del> der sich daraus erge-benden Symptome [...]“</p>
<p>c) Empfehlung: Therapieziel ist mit der/dem Versicherten abzustimmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlage jeder medizinischen Behandlung ist die freiwillige und informierte Zustimmung (Art. 12, 25 UN-BRK)</li> <li>- Therapieziel der Behandlung mit der/dem Versicherten gemeinsam festlegen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Würdigung zu Absatz 1 Zeile b).</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Ergänzung (unterstrichen): „Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten, <u>das gemeinsam mit der oder dem Versicherten zu definieren ist</u>. Therapieziele <del>sind</del> <u>können unter anderem sein:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapieziele im Sinne des „Shared Decision Making“ gemeinsam mit den Betroffenen definiert werden, also immer erst nach vorheriger Absprache, Abstimmung mit abschließender</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Das Anliegen des Stellungnehmers wurde bereits grundsätzlich aufgegriffen (vgl. § 6 Absatz 2).</p> <p>Siehe Würdigung zu Absatz 1 Zeile b).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>Zustimmung von dem oder der Versicherten</p>		
<p>e) Ergänzung:  <i>Nr. 3: Förderung und (ergänzen) <b>der Erhalt von vorhandenen Funktionen</b> und die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und den sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapieziele, die sich am <b>status quo</b> orientieren, sind für Patientinnen und Patienten unverzichtbar</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.            § 2 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 formuliert das Ziel „Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.“ Dies subsumiert den Erhalt von vorhandenen Funktionen. Soweit individuell erreichbar, ist ein wesentliches Therapieziel die Verbesserung des status quo. Dies soll in der gewählten Formulierung zum Ausdruck gebracht werden.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>f) Ergänzung der Therapieziele um:  <i>die Förderung der psychischen Stabilität</i>            (Dafür angemessene Strukturen notwendig: z.B. spezialisierte psychotherapeutische Begleitung des Gesamtprozesses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die daraus resultierende Eigenmotivation der/des Versicherten führt überhaupt erst zu den Zielen wie Weaning oder sogar Dekanülierung</li> <li>- Viele Betroffene leiden unter massiven Ängsten, Panikattacken, Depressionen oder deliranten Zuständen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.            Die Förderung der psychischen Stabilität kann einen wichtigen Teil der außerklinischen Versorgung darstellen, ist aber nicht Bestandteil der hier geregelten medizinischen Behandlungspflege. Die AKI beinhaltet nicht alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn die Voraussetzungen vorliegen, können</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		entsprechende Leistungen zusätzlich verordnet werden.	
g) Ergänzend sollte eine <i>neurologische Mitbehandlung insbesondere zur Delirbehandlung ein Therapieziel</i> sein.	- Viele Betroffene leiden unter massiven Ängsten, Panikattacken, Depressionen oder deliranten Zuständen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die außerklinische Versorgung von Versicherten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege beschränkt sich nicht auf Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach dieser Richtlinie. Bei den Versicherten müssen in Abhängigkeit der Erkrankung verschiedene therapeutische Angebote einbezogen werden. S. auch Hinweise zu f)	Keine Änderung
h) Änderungsvorschlag: [Der Stellungnehmer (INTENSIVkinder Zuhause e.V.) hat einen sehr ausführlichen Änderungsvorschlag eingebracht, siehe Volltext]		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Zu 1.: Monitoring und Überwachung dienen der Sicherstellung der Vitalfunktion.  Zu 2.: Die Erkennung und Sofortbehandlung lebensbedrohlicher Komplikationen dienen der Sicherstellung der Vitalfunktion.  Zu 3.: Nicht die Teilhabebeeinträchtigungen machen außerklinische Intensivpflege erforderlich, sondern	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>die medizinische Indikation. Daher ist diese Formulierung missverständlich und wurde nicht übernommen. Medizinische Behandlungspflege dient dazu Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Zielbeschreibung ist an diesem Grundsatz ausgerichtet. In der Versorgung des Versicherten sind weitere Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, wie Heilmittel oder Psychotherapie möglich.</p> <p>Zu 4.: Die durch den Stellungnehmer ergänzten Maßnahmen sind in Satz 4 (ehemals Satz 4/5) subsumierbar.</p> <p>Die Maßnahmen nach Satz 4 (ehemals Satz 4/5) orientieren sich an den adjunktiven Maßnahmen im prolongierten Weaning nach der S2k-Leitlinie Prolongiertes Weaning (AWMF-Register Nr. 020/015).</p>	
<p>i) <i>Nr. 3 Lebensqualität</i> ergänzen</p>	<p>- Nicht ausreichend, nur den Gesundheitszustand zu fördern</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>zusätzlich: Nr. 4 Verbesserung der Lebensqualität</p>	<p>- Gerade bei Versicherten ohne Verbesserungspotential für Funktionsbeeinträchtigungen (z.B. ALS-Patienten) hat Verbesserung der Lebensqualität hohe Priorität</p>	<p>Die Verbesserung der Lebensqualität ist in § 2 Absatz 1 Satz 2 als wesentliches Ziel der Versorgung bereits adressiert.</p>	
<p>j) Ergänzung: Zudem sollte der betroffene Mensch im psychischen Erleben seiner Situation und im Rahmen sozialer Anbindung gefestigt sein, bevor erneute Verlegungen geplant werden.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung nach § 2 Absatz 4 erfolgt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten. Aspekte der Stellungnahme sind in der Feststellung des Entwöhnungspotenzials inkludiert.</p>	Keine Änderung
<p>k) (2) streichen</p>	<p>- Unterpunkte zu Satz (2) beschreiben keine Ziele, sondern Verfahrensweisen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile h)</p>	Keine Änderung
<p>l) Therapieziele: Zur Sicherstellung der Teilhabe und um diese zu ermöglichen, müssen besonders bei den beeinträchtigten Patienten (der Hauptgruppe) die Wahrnehmung, Kommunikation, Grob-</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Würdigung zu Absatz 1 Zeile c).</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>und Feinmotorik, Kompetenzgewinnung, Merkfähigkeit, Konzentration und die Erschließung der Alltagskompetenzen wiederhergestellt oder verbessert werden.</p>			
<p>m) Ergänzung zu Punkt 3.:  <i>„...Gesundheitszustandes mit dem Ziel, die für den Versicherten höchstmögliche Lebensqualität und Teilhabe zu erlangen.“</i></p> <p>Besteht oder ergibt sich im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten die Möglichkeit bzw. Perspektive zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung, so soll diese in Abstimmung mit den Versicherten vorangetrieben werden.</p> <p>Ergibt sich aus der zugrundeliegenden Erkrankung oder Erkrankungskonstellation keine Perspektive bzgl. eines möglichen Weanings, einer Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung oder eine Dekanülierung, so soll dieses auch nicht regelhaft weiter überprüft werden. Hier liegt das Ziel in einer</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Verbesserung der Lebensqualität ist in § 2 Absatz 1 Satz 2 als wesentliches Ziel der Versorgung bereits adressiert.</p> <p>Die optimale und auf die oder den Versicherten bezogene Hinführung zur Dekanülierung, Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung ist (be-)handlungsleitend in der Versorgung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten mit perspektivischen Potenzialen zur Entwöhnung oder Dekanülierung.</p> <p>Bei Versicherten ohne Aussicht auf nachhaltige Verbesserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung ist das Anliegen des Stellungnehmers bereits in Absatz 5 adressiert. Zudem</p>	<p><b>Änderung</b></p> <p>In § 5 (ehemals § 3 Absatz 5/6) wird folgender Absatz 4 eingefügt:</p> <p><sup>1</sup>Wird bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, muss die Erhebung abweichend</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>Optimierung und Erhaltung des Versorgungslevels im Sinne einer bestmöglichen Lebensqualität.</p>		<p>wird in § 5 (ehemals § 3 Absatz 5/6) für diese Gruppe der Versicherten ein größeres Intervall der Erhebung und Zeitspanne zwischen Erhebung und Verordnung geregelt.</p>	<p>von Absatz 3 Satz 1 mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden. <sup>2</sup>Die Erhebung darf bei diesen Versicherten abweichend von Absatz 3 Satz 2 zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als sechs Monate sein. <sup>3</sup>Sie umfasst die in diesem Paragraphen beschriebenen Inhalte, setzt aber den Schwerpunkt auf Aspekte der Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung. <b>[PatV zusätzlich:</b> <sup>4</sup>Abweichend von Absatz 2 Satz 3 kann die dort einmal jährlich unmittelbar persönlich vorgesehene Erhebung in begründeten Einzelfällen auch</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden.]
<p>n) Ergänzung:</p> <p><i>6. die Therapie der Dysphagie zur Verbesserung der Schluckfunktion und Wiederherstellung der Sprechfunktion, insb. durch Schlucktherapie</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aus Praxis bekannt: Versicherte erhalten keine oder nur sehr unregelmäßig Schlucktherapie bzw. Logopädie</li> <li>- Schlucktherapie ist maßgeblich für potenzielle Dekanülierung: sollte explizit aufgeführt werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Angaben zum Behandlungsplan in § 6 (ehemals § 5) Absatz 5.</p>	Keine Änderung
<p>o) Änderungsvorschlag:</p> <p><i>Die außerklinische Intensivpflege ist auf patientenzentriert und angehörigorientiert festzulegende Therapieziele auszurichten. Dabei ist der Patientenwille uneingeschränkt bindend und die Würde des Patienten ist zu achten.</i></p> <p><i>Therapieziele sind</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wille der/des Versicherten ist entscheidend, ob AKI oder Palliativversorgung stattfindet oder nicht</li> <li>- Übergeordnete Ziele: optimale Lebensqualität und gleichberechtigte Teilhabe</li> <li>- Ziele der AKI-RL müssen Teil einer evidenzbasierten med. Leitlinie sein (fehlende Fachlichkeit in RL)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bei der Erhebung ist neben den medizinischen Befunden auch immer die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu berücksichtigen. Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen festgestellt und dokumentiert wurde, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Optimale Teilhabe und (gesundheitsbezogene) Lebensqualität</i></li> <li>- <i>Sicherstellung von Vitalfunktionen und Vermeidung von Komplikationen</i></li> <li>- <i>Falls keine Indikation zur dauerhaften Beatmung besteht: Beatmungsentwöhnung</i></li> <li>- <i>Falls keine Indikation zur dauerhaften Trachealkanülenversorgung besteht: Trachealkanülenentwöhnung</i></li> </ul> <p><i>Bei der Umsetzung dieser Ziele sind die gültigen medizinischen Leitlinien anzuwenden. Weitere Ziele ergeben sich aus den gültigen medizinischen Leitlinien.</i></p>		<p>Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, zielt die regelmäßige Erhebung nach § 5 im Schwerpunkt auf die Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung zur Verbesserung der Lebensqualität.</p>	
<p>p) Zu Satz 1:</p> <p><i>4. Berücksichtigung und Erhalt der Therapieziele bis zur patientenindividuellen Therapiezielklärung (Übergangsweise)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um Unter-, Über- oder Fehlversorgung, die insbesondere nicht dem Patientenwillen entsprechen, zu vermeiden sollten die eingeleiteten Maßnahmen regelmäßig überprüft werden und übergangsweise bis zur Klärung in Gleichzeitigkeit mit</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der G-BA hat nach § 37c Absatz 1 Satz 8 Nr. 3 SGB V auch das Verfahren zur Feststellung der Therapieziele zu regeln. Für Versicherte, die außerklinische Intensivpflege benötigen, ist es</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>der Palliativversorgung erbracht werden können</p>	<p>aufgrund der Komplexität der Funktionseinschränkungen, Erkrankungen und Pflegebedarfe besonders wichtig, regelmäßig, gemeinsam mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt, die individuellen Therapieziele zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen (vgl. § 6, ehemals § 5).</p> <p>Die palliative Versorgung kann die Versorgung der schwerkranken Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege entsprechend dem Therapieziel im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten ergänzen.</p>	
<p>q) Bei Patienten ohne Aussicht auf Besserung sollte das Prüfziel explizit in der Therapieoptimierung bestehen und individuell festgelegt werden, wann eine erneute Vorstellung angezeigt ist. Die Verordnung soll bei ihnen auch auf Basis vorheriger Erhebung und Dokumentation erfolgen können.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile o).</p>	<p>Keine Änderung</p>

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
<p>(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum Zeitpunkt der Verordnung kein Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besteht, ein solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.</p>	<p>(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung. <sup>2</sup>Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Ausdrückliche Zustimmung der/des Versicherten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundsatz der freien und informierten Zustimmung gemäß Artikel 25 UN-BRK und Artikel 12 IPwskR (Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit).</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Ziele der Behandlung werden mit dem Patienten gemeinsam erörtert. Es gilt § 630d BGB.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) <i>Änderungsvorschlag</i> <i>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum Zeitpunkt der Verordnung kein direkt umsetzbares Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besteht, ein solches aber perspektivisch erreichbar sein könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funktionsverbesserung durch gezielte ambulante neurorehabilitative Förderung, die neben Heilmitteln u.a. aus den Bereichen Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie auch aktivierende therapeutische Pflege möglich</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Das Therapieziel der Hinführung zur Dekanülierung oder Entwöhnung beschränkt sich auf Versicherte, bei denen dieses Ziel absehbar oder potentiell erreichbar ist. (siehe auch Buchstabe p zu Absatz 2)</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p><i>Maßnahmen sind auch zur Erreichung folgender Ziele zu ergreifen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Verbesserung von Vigilanz und Interaktionsvermögen</i></li> <li><i>2. Verbesserung kognitiver und kommunikativer Leistungen</i></li> <li><i>3. Verbesserung der Schluckfunktion und des Sekretmanagements</i></li> <li><i>4. Verbesserung der sensomotorischen Kontrolle (Kopf/Hals, Rumpf, Extremitäten)</i></li> </ol> <p><i>Daraus ergeben sich insbesondere auch folgende unterstützende Maßnahmen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Therapeutische Förderung der Wachheit und Interaktionsfähigkeit,</i></li> <li><i>2. therapeutische Förderung von Aufmerksamkeit und Konzentration,</i></li> <li><i>3. therapeutische Förderung der Wahrnehmung (multimodal),</i></li> <li><i>4. Therapeutische Förderung von Schluckfunktion und Sekretmanagement und damit direkt in Zusammenhang stehenden Körper-funktionen</i></li> </ol>		<p>Weitere in den Aufzählungen genannte Aspekte sind in den Formulierungen in Absatz 1 und 2 berücksichtigt.</p> <p>Die Maßnahmen nach Satz 4 (ehemals Satz 4/5) orientieren sich an den adjunktive Maßnahmen im prolongierten Weaning nach der S2k-Leitlinie Prolongiertes Weaning (AWMF-Register Nr. 020/015).</p>	

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>5. <i>therapeutische Förderung von Kopf-, Rumpf-, und Extremitäten-kontrolle (posturale Stabilität und Willkürbewegungsfähigkeit),</i></p> <p><i>Übertrag der erreichten Körperfunktionsverbesserungen in den All-tag durch aktivierend therapeutische Pflege</i></p>			
<p>c) Zusätzlich:</p> <p><i>Vor allem bei Versicherten mit ausgeprägten neurologischen und/oder neuropsychologischen Defiziten sollen folgende Ziele angestrebt werden:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Reduktion von Schluckstörungen und Prävention weiterer Probleme durch Trachealhygiene</i></li> <li>2. <i>Verbesserung sensomotorischer Defizite durch interdisziplinäre multiprofessionelle Therapie</i></li> <li>3. <i>Verbesserung der Vigilanz</i></li> <li>4. <i>Verbesserung spezifischer neuropsychologischer Defizite (kognitiv, hirnorganisch)</i></li> </ol>	<p>- Besondere Beachtung cerebraler Besonderheiten, da diese Grundlage für späteres erfolgreiches Weaning bilden</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten.</p> <p>Siehe Zeile b).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>5. <i>Aufbau sprachlicher und allgemeiner kommunikativer Fähigkeiten</i></p> <p>6. <i>Förderung von Introspektion und Interaktion</i></p> <p><i>Vermeidung/Verbesserung psychischer Erkrankungen (Angst, Depression)</i></p>			
<p>d) Änderungsvorschlag:</p> <p>5. die <del>(Teil-) Mobilisation</del> <u>Förderung der Mobilität</u></p> <p><del>9. neurologisch fachliche Mitbehandlung</del></p> <p><del>10. Delirprophylaxe</del></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Förderung der Mobilität“ entspricht dem pflegefachlichen Ziel</li> <li>- Wichtig, auch neurologisch fachärztliche Betreuung sicherzustellen</li> <li>- Sollte (wie in Klinik) zur Routine gehören</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b).</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) (3) streichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falsche Verwendung Begriff „Potential“</li> <li>- Unterpunkte zu (3) beschreiben keine Ziele, sondern Verfahrensweisen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>f) Verweis auf Leitlinien der Fachgesellschaften</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmen fachlich unzureichend und teilweise falsch</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Maßnahmen nach Satz 4 (ehemals Satz 4/5) orientieren sich an den adjunktiven Maßnahmen im prolongierten Weaning nach der S2k-Leitlinie Prolongiertes Weaning (AWMF-Register Nr. 020/015).</p> <p>In § 1 Absatz 2 Satz 3 wird bereits geregelt, dass die Versorgung nach dieser Richtlinie auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erfolgt. Dies schließt die Inhalte von Leitlinien ein.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>g) Zusätzlich:  <sup>2</sup> oder <sup>3</sup> zusätzlich:  <i>(... zu ergreifen) und entsprechende Heilmittel zu verordnen.</i></p> <p><sup>3</sup> oder <sup>4</sup> zusätzlich:  <i>Die Maßnahmen der Heilmitteltherapie müssen durch speziell qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten/Logopädinnen und Logopäden mit Handlungskompetenz im Umgang mit beatmeten und</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompetenz zur Behandlung von Dysphagien/Dysarthrien/neurogenen Stimmstörungen liegt bei Logopädinnen und Logopäden (Kompetenz durch Ausbildung und spezielle Weiterbildungen)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Im Rahmen der Verordnung sind neben der pflegerischen und medikamentösen Behandlung insbesondere auch Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer sowie die Optimierung der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p><i>trachealkanülierten Versicherten durchgeführt werden.</i></p> <p><i>5 oder 6 zusätzlich:</i></p> <p><i>Die unter Satz 2 (oder 3) Nummer 4 und Satz 4 (oder 5) Nummer 6 und 8 genannten Maßnahmen müssen in Zusammenarbeit mit qualifizierten Fachtherapeuten und Fachtherapeutinnen in Netzwerkstrukturen und mit Hilfe gemeinsamer Fallbesprechungen geplant, evaluiert und durchgeführt werden.</i></p>		<p>Eine bedarfsgerechte Kooperation und Koordinierung der notwendigen therapeutischen Leistungen ist gemäß den Vorgaben dieser Richtlinie herzustellen. Dies kann u.a. durch vernetztes Arbeiten und eine strukturierte Koordination und Kooperation der ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer sowie dokumentierte Absprachen zwischen den Beteiligten umgesetzt werden.</p>	
<p>h) Keine Beschränkung der AKI auf Vorhandensein eines Tracheostomas/einer Trachealkanüle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versorgung bei schwerer Dysphagie und/oder nicht reguliertem Muskeltonus im Rahmen von AKI muss sichergestellt sein, um Verschlechterung zu verhindern</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Indikationen und Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, sind vielfältig. In der intensivmedizinischen Behandlung wird aufgrund von Langzeitbeatmung häufig eine Trachealkanüle notwendig und auch Menschen mit einer ausgeprägten Dysphagie können zum Aspirationschutz vorübergehend oder dauerhaft eine Trachealkanüle erhalten. Andere Gründe für eine dauerhafte Anlage einer Trachealkanüle gehen</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>gegebenenfalls nicht mit einer lebensbedrohlichen Funktionsbeeinträchtigung einher, dies können z.B. Tumore im Nasen-Rachenraum sein. Die Verordnungsvoraussetzung richtet sich nach der Erfüllung der Kriterien des Absatz 1.</p>	
<p>i) Änderungsvorschlag: Pos. DKG wird ergänzt um Satz 2 von GKV-SV, KBV, PatV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beide Vorschläge zielen auf gleiches Ergebnis ab</li> <li>- Ziel der Beatmungsentwöhnung soll weiter verfolgt werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>j) Änderungsvorschlag  (3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, <i>bei denen im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellt wird, dass sich perspektivisch ein Potenzial zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung ergeben kann, ist die optimale und individuelle Hinführung zum Erreichen des in Aussicht gestellten Entwöhnungspotentials eine weitere Zielsetzung.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dekanülierung / Entwöhnung richtet sich nach dem bei der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten Befund</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen  Aspekt ist in § 2 Absatz 3 enthalten.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
k) Auf Patientenwillen eingehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherter entscheidet, ob Dekanülierung oder Entwöhnung erfolgen soll</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen</p> <p>Im Zuge der Potenzialerhebung erfolgt die strukturierte Ermittlung des Patientenwillens. Hierzu gehören sowohl die Sichtweise der oder des Versicherten zur Fortführung oder Anpassung der Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege, als auch zur Durchführung der Beatmungsentwöhnung.</p>	Keine Änderung
l) Weiterverordnung von Leistungen der außerklinischen Beatmung an <u>fachlich kompetente</u> Prüfung des Potenzials knüpfen		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen</p> <p>Da die Bewertung des Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials fachliche Kompetenzen und Erfahrungen voraussetzt, können nur entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte diese Tätigkeit durchführen.</p> <p>Daher hat der G-BA auch die Anforderungen an potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte definiert.</p>	Keine Änderung
m) in S. 2 o. 3 bitte ergänzen: (...) zu ergreifen, sofern es nach der individuellen Beeinträchtigung angezeigt ist und der	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wunsch- und Wahlrecht beachten</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
<i>Verbesserung der Lebensqualität nicht widerspricht.“</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beatmungsmaske nach Dea- kulation kann sich negativ auf Lebensqualität auswir- ken</li> </ul>	Die Regelungen des G-BA stellen si- cher, dass unter Abwägung aller er- hobenen Kriterien eine medizinische Einschätzung zum Entwöhnungs- o- der Dekanulationspotenzial erfolgt.	
n) Klarstellende Ergänzung, dass die Auf- gabe in der außerklinischen Intensiv- pflege auf den hinführenden Maßnah- men liegen.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen  Durch Absatz 4 ist die ausreichend klargestellt. Das eigentliche Weaning oder die Dekanulation erfolgt in der stationären Versorgung (z.B. in einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spe- zialisierten Beatmungsentwöhnungs- Einheit)	Keine Änderung
o) Reevaluationen 6 Monate nach Entlas- sung und danach spätestens alle 12 Mo- nate sollten verpflichtend in zertifizier- ten Weaning-Zentren erfolgen.		Die Stellungnahme ist verfristet ein- gegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	Keine Änderung
<b>Position DKG</b>			
p) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist ein Potential erkennbar - auch zukünftig, gestützt durch Potentialerhebungen</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ist dieses Ziel weiter zu verfolgen.</li> <li>- Ziel der AKI ist Verbesserung des Zustands des Versicherten (schließt Entwöhnungs- und Deaknülierungspotentiale ein)</li> </ul>		
q) Ablehnung		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen	Keine Änderung
<b>Position GKV-SV, KBV, PatV</b>			
<p>r) Zustimmung, mit Ergänzung:</p> <p><i>Zur Einschätzung des Potenzials sollen die Patienten Einrichtungen, die auf das mittelfristige Weaning spezialisiert sind, vorgestellt werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für Versicherte mit mittelfristigem Weaningpotenzial (innerhalb von weiteren 6 Monaten) muss Weaning-/Dekanülierungsprozess weitergeführt werden</li> <li>- Potentiale können gehoben werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen</p> <p>Der G-BA hat die Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte geregelt. Durch diese Ärztinnen und Ärzte erfolgt eine qualifizierte Einschätzung.</p>	Keine Änderung
<p>s) Zustimmung mit Ergänzung:</p> <p><i>(...) eine nichtinvasive Beatmung, sofern die Erkrankungen des Versicherten eine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung ihrer Funktionsstörungen durch diese Maßnahmen haben.“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RL muss zwischen Patientengruppen mit und ohne Potentialen differenzieren</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>In Absatz 3 wurden die allgemeinen Ziele genannt. Die konkrete Zielsetzung ist abhängig vom Einzelfall.</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p><i>„... sofern dies nicht einer effektiven Teilhabe entgegensteht.“</i></p>			
<p>t) Zustimmung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hinführung zur Dekanülierung oder Entwöhnung solle grundsätzliche Ausrichtung der AKI sein</li> <li>- Zielsetzung der Dekanülierung sollte konkret benannt sein</li> <li>- Formulierung erfasst aktuellen Prozess sowie perspektivische Betrachtung der Potenziale</li> <li>- Konkretere und genauere Beschreibung</li> <li>- Gerade das Weaning kann teils in der häuslich-vertrauten Situation der AKI mit einem kleinen Stamm qualifizierter Mitarbeiter besser gelingen als in der Klinik, da der Patient sich sicherer</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	fühlt und motivierter ist. Deshalb ist Weaning auch essentieller Bestandteil der AKI.		

<sup>2/3</sup>Hierbei sind die erforderlichen Maßnahmen mit dem Ziel

1. der ausreichenden Augmentierung der alveolären Ventilation,
2. der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum Weaning-Versagen geführt haben,
3. der Wiederherstellung der atemmuskulären Kapazität sowie
4. der Wiederherstellung der Schluckfunktion

zu ergreifen. <sup>3/4</sup> Daraus ergeben sich insbesondere folgende unterstützende Maßnahmen:

1. die Verbesserung der Atemmechanik und des Gasaustausches,
2. die Reduktion des inadäquaten Atemantriebes und der Atemarbeit,
3. die Behandlung von Malnutrition und Katabolismus,
4. die Verbesserung der vegetativen und neuromuskulären Funktion,
5. die (Teil-) Mobilisation,
6. die Therapie der Dysphagie zur Verbesserung der Schluckfunktion und Wiederherstellung der Sprechfunktion,
7. die Rekonditionierung der atrophierten (Skelett-) Muskulatur sowie
8. die verbesserte Sekretclearance.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Änderungsvorschlag:            § 2 Absatz 3 Satz 2 oder 3/2. „<i>der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum „Weaning-Versagen“ geführt haben, ....</i>  <b>Stattdessen:</b> „<i>die einer medizinischen Indikation zum Weaning zuwiderlaufen</i>“</p>	<p>- Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen: häufig Grunderkrankungen, bei denen Weaningversuche kontraindiziert sind oder Weaningprozesse ausgedehnte Zeiträume beanspruchen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.            Aspekt ist in § 6 (ehemals § 5) Absatz 1 Nr. 4 abgebildet.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p><b>Unberücksichtigt</b> und daher <b>zu ergänzen:</b></p> <p><i>„Pat., bei denen „Entwöhnung“ medizinisch nicht indiziert, sondern Beatmungsgeräte/Trachealkanülen langfristig oder dauerhaft notwendige Therapien sind, erhalten mit dem Ziel die ursächlichen Funktionsverluste der dauerhaft beeinträchtigten Organfunktionen auszugleichen, eine Verordnung über AKI“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkrankungsbedingte Nicht-Entwöhnbarkeit stellt kein persönliches Versagen dar</li> </ul>	<p>Siehe zudem § 2 Absatz 5.</p>	
<p>b) Änderung Punkt 2:</p> <p><i>„...der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum Weaning-Versagen bzw. Dekanülierungs-Versagen geführt haben,“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In AKI werden auch Patienten mit Dekanülierungsversagen behandelt</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Sofern die Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten zum Aspirationsschutz indiziert ist, ist Nr. 4 und im folgenden Satz Nr. 6 einschlägiges Therapieziel. Im Rahmen der Erhebung wird die Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Schluckstörung geführt hat und Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, welche eine Dekanülierung verhindern erfasst.	
<p>c) Zu Punkt 3: Ergänzung:</p> <p>3. der Wiederherstellung der Schluckfunktion</p> <p><i>„der Wiedererlangung der laryngealen Kompetenz (Sensibilität, Elevation, Schlusfunktion) für die Speichel-Clearance und eines penetrations- und aspirationsfreien Schluckens vor Dekanülierung.“</i></p> <p>+ weitere Präzisierung der Maßnahme</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie erfolgt auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.</p> <p>Eine weitere Präzisierung zusätzlich zu den in Absatz 3 genannten Maßnahmen wird daher nicht für erforderlich erachtet.</p>	Keine Änderung

(4) Ergibt sich im Zuge der Umsetzung der Therapieziele und Maßnahmen nach Absatz 3 bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) <del>stationäre</del> -Einrichtung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- künftig intersektorale Versorgungsstruktur</li> <li>- Kontrolle kann auch in spezialisierter ambulanter Einrichtung erfolgen</li> <li>- Bisher Übernahme dieser Aufgaben durch Kliniken der Rehasstufe B der Neurologischen Rehabilitation/Frühreha (Jahrzehntelanges Fachwissen sollte anerkannt werden)</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Erhebung des Entwöhnungspotenzials erfolgt vorrangig am Ort der Leistungserbringung. Davon zu unterscheiden ist die Entwöhnung von der Beatmung oder Dekanülierung. Diese erfolgt stationär.	Keine Änderung
b) letzten Halbsatz präzisieren <ul style="list-style-type: none"> <li>- spezialisierte stationäre Einrichtungen präzisieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht erkennbar, welcher Einrichtungstyp mit „spezialisierte stationäre Einrichtung“ gemeint ist (nur KH, Reha-Einrichtung, Langzeitpflege?)</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Lt. § 2 Absatz 4 erfolgt eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung, welche in den Tragenden Gründen zu § 8	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>wie folgt weiter präzisiert wird:</p> <p><b>GKV; KBV, PatV:</b> Eine auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierte Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist eine spezielle interdisziplinäre Einrichtung, die die besonderen Anforderungen der Respiratorentwöhnung bei langzeitbeatmeten Versicherten erfüllt. Eine solche Einheit hat einen Schwerpunkt in der Versorgung von Versicherten im und nach prolongiertem Weaning und in der Einleitung, Kontrolle und Betreuung von Versicherten mit außerklinischer Beatmung.</p> <p><b>DKG:</b> Eine auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierte Beatmungsentwöhnungs-Einheit (intensivmedizinisch oder nicht intensivmedizinisch) ist</p>	

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>eine Einheit, die Teil einer Station oder Abteilung sein kann oder als räumlich oder organisatorisch abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit betrieben wird. Der Behandlungsschwerpunkt liegt in der prolongierten Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten durch ein auf diese Behandlung spezialisiertes Team. Einheiten in diesem Sinne sind beispielsweise Einheiten, die berechtigt sind Maßnahmen nach OPS 8-718.8 oder 8-718.9 durchzuführen</p>	
<p>c) Umsetzbarkeit der Verordnungsfähigkeit von ambulantem Weaning überprüfen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt bereits erfolgreiche Projekte (ZAB – Zentrum für außerklinische Beatmung in Köln)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der G-BA hat in der AKI-RL keine Kompetenz erhalten, das Weaning inhaltlich ausgestaltend zu regeln.</p> <p>Zudem ist gegenwärtig aufgrund der Versorgungsstrukturen nur die Einweisung in eine</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung vorgesehen. Im ambulanten Setting sind die notwendigen Strukturen bislang nicht ausreichend vorhanden. Zu gegebener Zeit ist eine entsprechende Anpassung der AKI-RL zu prüfen.	
d) Zentren (Dysphagie und Weaning) stehen nicht flächendeckend zur Verfügung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- So wird regelmäßige Vorstellung der Versicherten nicht umsetzbar sein</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).	Keine Änderung
e) Pat. darf nicht zu stationärem Aufenthalt gezwungen werden, wenn Assistenz/Begleitung benötigt und diese nicht zur Verfügung steht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stationäre Aufenthalte bergen erhebliche gesundheitliche Risiken</li> <li>- Verweis auf Kontaktverbote COVID19</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).	Keine Änderung
f) Definition von „spezialisierte Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandene Anzahl der Einrichtungen deckt nicht den Bedarf</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Siehe Zeile a) und b).	
<p>g) Ergänzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weaningbereitschaft der/des Versicherten beurteilen (vorrangig durch Selbsteinschätzung der/des Versicherten – wenn nicht möglich, dann durch Pflegefachpers. Oder Bezugspers.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ohne Bereitschaft der/des Versicherten ist der Weaningerfolg gefährdet</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Erhebung nach § 5 (ehemals § 3) enthält die strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs) sowie die Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten.</p>	Keine Änderung
<p>h) <i>insbesondere</i> ersetzen durch: „zum Beispiel“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Evidenz für Überlegenheit des stationären Weanings gegenüber häuslichen/ambulanten Weaning</li> <li>- Speziell bei Kindern: Setting sehr wichtig</li> <li>- Nosokomiale Infektionen werden vermieden</li> <li>- (...)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a) und c).</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>i) Ergänzung</p> <p>„... in Abstimmung mit <u>und nach Zustimmung von</u> der oder dem Versicherten ...“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Shared Decision Making“ (immer erst nach vorheriger Absprache, Abstimmung mit abschließender Zustimmung von dem oder der Versicherten)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Absatz 2 Zeile a).</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>j) Streichung / Ergänzung</p> <p><i>unverzüglich</i></p> <p>stationäre Einrichtung, die seitens des Kostenträgers benannt wurde. Nach erfolgreicher Dekanülierung ist die weitere Förderung und Versorgung durch die vorversorgende Einrichtung sicherzustellen um Komplikationen und/oder eine Rekanülierung langfristig zu vermeiden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandensein der Einrichtungen muss sichergestellt sein</li> <li>- Verlegung sowie Transport muss sofort genehmigt und finanziert werden</li> <li>- Es fehlen Einrichtungen (Förderung ist somit nicht umsetzbar)</li> <li>- Verweis auf Case-Management</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Beteiligter mit geteilten Verantwortlichkeiten ist in § 12 (ehemals § 10) geregelt.</p> <p>Sollte kurzfristig kein Platz in einer der vorgenannten Einrichtungen verfügbar sein, können Maßnahmen der außerklinischen ambulanten Intensivpflege solange weiter erbracht werden, bis eine Einweisung möglich ist.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>k) Streichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falsche Verwendung des Begriffs Potential</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Stellungnahme ist nicht nachvollziehbar, da weitere Begründung fehlt.	
l) „Wiederherstellung der Schluckfunktion“ um präzisierende Aspekte ergänzen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Würdigung zu Absatz 3 Satz 2/3 und Satz 3/4 Zeile c).	Keine Änderung

(5) Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung, ist die Zielsetzung die Therapieoptimierung und damit die Besserung der Lebensqualität.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Außerdem: Psychologische /psychiatrische fachärztliche Begleitung (auch in Weaningzentren) sicherstellen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Ziehe Zeile f) zu Absatz 2.	Keine Änderung
b) „Zielsetzung“ ersetzen durch „Schwerpunkt“		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. „Zielsetzung“ ist im Kontext dieses Paragraphen die gebotene Formulierung.	Keine Änderung
c) Hinweis: Lebensqualität wird maßgeblich durch psychosoziale Faktoren und Ganzheitlichkeit beeinflusst (lässt sich nicht durch Fixierung auf Messwerte erfassen)		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe § 5 (ehemals § 3) Absatz 8 Nr. 4	Keine Änderung
d) Ergänzung um Angebot einer psychosozialen Beratung und Betreuung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit	- Vulnerable Gruppe der intensivpflichtigen Menschen sollte diese Expertise in Anspruch nehmen können	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Ziehe Zeile f) zu Absatz 2	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- § 39 Absatz 1a SGB V Pflicht des Krankenhauses ein Entlassmanagements und somit eine Evaluation, Beratung und Organisation durchzuführen.</li> </ul>		
<p>e) Es muss bewusst ein „zweiter Lebensraum“ angeboten werden (in Schulen, Kitas, Tagesförderstätten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilhabe</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Orte der Leistungserbringung sind in § 37c Absatz 2 Satz 1 geregelt.</p>	Keine Änderung
<p>f) Ergänzung um: „ ... und der Förderung der Teilhabe.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siehe zu Absatz 1</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Vergleiche Buchstabe c) zu Absatz 1.</p>	Keine Änderung
<p>g) Streichung des letzten Halbsatzes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subjektive Lebensqualität muss durch Betroffene selbst definiert werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bei der Erhebung ist neben den medizinischen Befunden auch immer die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		berücksichtigen. Hierdurch soll die Patientenperspektive in die Therapiebewertung eingebracht werden, die durch objektive Parameter nicht adäquat abgebildet wird.	
<p>h) Neuer Absatz (6):</p> <p><i>Zur Erfassung der individuellen und patientenzentrierten Therapieziele sind unter Einbezug der/des Betroffenen bzw. deren/dessen Vertreter:in geeignete Instrumente sowie hierfür qualifiziertes Personal, analog § 132g SGB V nach z.B. DiV BVP e.V.-Standard oder vergleichbaren Konzepten, einzusetzen. Die getroffenen Therapieziele sind regelmäßig, mind.</i></p> <p><i>1 mal/Jahr, zu evaluieren und ggf. anzupassen, sobald der Wunsch der Person besteht, die Behandlungswünsche anzupassen. Bei Eintritt einer gesundheitlichen Veränderung und/oder auf Wunsch der/des Betroffenen sollte auch vor Ablauf von 12 Monaten erneut ein Angebot für ein qualifiziertes Gespräch erfolgen.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partizipative Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der Präferenzen der/des Betroffenen</li> <li>- Umfassende objektive Information / externe Anbieter</li> <li>- Qualifizierter Gesprächsprozess: 132g SGBV</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der G-BA hat nach § 37c Absatz 1 Satz 8 Nr. 3 SGB V auch das Verfahren zur Feststellung der Therapieziele zu regeln. Für Versicherte, die außerklinische Intensivpflege benötigen, ist es aufgrund der Komplexität der Funktionseinschränkungen, Erkrankungen und Pflegebedarfe besonders wichtig, regelmäßig, gemeinsam mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt, die individuellen Therapieziele zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen (vgl. § 6, ehemals § 5).</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>i) Zusätzlich: <i>(... Lebensqualität) insbesondere durch kontinuierliche, wöchentliche Heilmitteltherapien.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interdisziplinäre Behandlungsansätze haben an Bedeutung gewonnen (ergänzen andere Therapien)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Im Rahmen der Verordnung sind neben der pflegerischen und medikamentösen Behandlung insbesondere auch Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer sowie die Optimierung der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>j) Ergänzung um neuen Absatz 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungsanspruch auf regelmäßige Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen in Hinblick auf (noch vorliegende) Indikation</li> <li>- Fallbesprechung (...)</li> <li>- Leistungen nach 132g SGBV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmen der Überprüfung werden häufig nicht getroffen</li> <li>- Qualifizierter Gesprächsprozess: 132g SGBV</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Buchstabe h)</p>	<p>Keine Änderung</p>

**B-5.1.3 § 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege**

(nach Stellungnahmeverfahren § 4)

(1) Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen

DKG	GKV-SV, KBV	PatV
wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können und daher	wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen	<i>[keine Übernahme]</i>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<b>DKG Pos.</b>			
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Verengung des Personenkreises,</li> <li>- bildet die Patientengruppe (beatmungspflichtigen und nichtbeatmungspflichtigen Versicherten) im Kontext der AKI sachgerecht ab</li> </ul>	<p><b>PatV:</b> Mit Blick auf die neue gesetzliche Grundlage nach Inkrafttreten des GKV-IPReG (Herauslösen des Anspruchs auf AKI aus § 37 Absatz 2 SGB V, Überführung in den neu geschaffenen § 37c SGB V und geplante Streichung der Nr. 24 in der Leistungsbeschreibung der HKP-RL) wird eine Definition des leistungsberechtigten Personenkreises in Anlehnung an Nr. 24 der Leistungsbeschreibung der HKP-Richtlinie für zielführender erachtet, damit der Leistungsanspruch für diesen Personenkreis erhalten bleibt.</p>	<p><b>Änderung</b></p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der Stellungnahmen zu allen drei Positionen wird die Formulierung wie folgt gefasst:</p> <p>§ 4 (ehemals § 3) Absatz 1:</p> <p><i>„Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p><i>Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist,</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
			<i>wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.“</i>
b) Es können auch pflegerische Interventionen notwendig sein		Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<b>Änderung</b> Siehe Zeile a)
c) Ablehnung (Erweiterung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch „können“: Erhebliche Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises,</li> <li>- Erweiterung: Patienten mit schweren Herz-/Kreislaufkrankungen oder zerebralen Anfallsleiden, Kinder mit Diabetes mellitus sowie schwerstpflegebedürftige Personen mit Schluckstörungen bei Z.n. Apoplex oder bei Morbus Parkinson, die noch keine Trachealkanüle benötigen, wären darunter zu subsumieren</li> <li>- Erweiterung: Diabetiker, Asthmatiker, Patienten mit schweren neurologischen oder Herz-/ Kreislaufkrankungen,</li> </ul>	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<b>Änderung</b> Siehe Zeile a)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erweiterung: Schwerstpflegebedürftige</li> </ul>		
<p>d) Ablehnung (Beschränkung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Bei</u> Beschränkung der Verordnungsermächtigung auf Fälle lebensgefährdender Veränderungen hat keine medizinische Begründung, ist nicht vom Wortlaut des Gesetzes noch durch § 1 des RL-Entwurfes gedeckt.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>Änderung</b> Siehe Zeile a)</p>
<p>e) Satz 1 ersetzen durch Angabe der belegten Indikation für die Beatmung oder Trachealkanüle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Formulierungen bilden Patientensicherheit nicht hinreichend ab</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Nicht die Diagnose beschreibt den Bedarf, sondern die damit im Zusammenhang stehende Einschränkung.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>f) Zustimmung, aber streichen „wiederkehrend“</p>		<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	
<p>g) Zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Lebensbedrohliche Funktionsbeeinträchtigung auch bei Versicherten, bei denen das Tracheo-</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manche Pat. werden trotz bestehender Schluckstörung dekaüliert: Husteninsuffizienz und massive Schluckstörung kann weiterhin vorliegen (Intervention einer Pflegefachkraft kann erforderlich sein)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p><i>stoma verschlossen wurde (Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (im s.g. Wachkoma, apallisches Syndrom))</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verschluss d. Tracheostomas: enormer Zugewinn an Lebensqualität</li> </ul>		
<p><b>GKV-SV, KBV Pos.</b></p>			
<p>a) Zustimmung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu § 37c Absatz 1 SGB V wurde ausgeführt, dass der bisherige anspruchsberechtigter Personenkreis nicht ausgeweitet werden darf</li> <li>- Dennoch nicht invasiv beatmete oder tracheotomierte Patienten berücksichtigt</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a) Position DKG</p>	<p><b>Änderung</b> Siehe Zeile a) Position DKG</p>
<p>b) Ablehnung,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschränkung der Ordnungsbeurteilung auf Erkrankungsbilder, die „lebensbedrohliche Störungen von Vitalfunktionen“ beinhalten, ist eine Beschränkung des bislang anspruchsberechtigten Personenkreises.</li> <li>- Unangemessene Hürde</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a) Position DKG</p> <p>Bei Versicherten mit schweren Krankheitsbildern, wie z.B. schweren epileptischen Anfällen werden von der Leistung nicht ausgeschlossen, wenn sie die Leistungsvoraussetzungen erfüllen – dies zeigt auch die bestehende Praxis der Umsetzung der AKI im Rahmen der HKP-RL.</p>	<p>Änderung Siehe Zeile a) Position DKG</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschränkung ist nicht vom Wortlaut des Gesetzes noch durch § 1 des RL-Entwurfes gedeckt.</li> <li>- Wenn AKI nicht verordnet werden kann, stehen nur Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung (nicht HKP)</li> <li>- anderen schweren Erkrankungsbildern – wie z.B. schwere epileptische Anfälle, die nicht medikamentös einstellbar und häufig mit Schluckstörungen verbunden sind - , wären dagegen von der Verordnung von AKI ausgeschlossen.</li> <li>- Gerade Kinder und Jugendliche mit solchen Krankheitsbildern sind aber z.B. für den Schulbesuch auf die Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft angewiesen, die in lebensbedrohlichen Situationen sofort intervenieren kann</li> <li>- der Begriff „Vitalfunktionen“ ist auslegungsbedürftig</li> <li>- Begriff „,lebensbedrohliche Störung“ muss präzisiert werden</li> </ul>		

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu allgemein gefasst</li> <li>- Hier können vermeidbar strittige Beurteilungen erwachsen: Lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen haben auch Patienten mit z.B. Herzschrittmacher</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen</p>	
<p>c) „lebensbedrohlich“ ersatzlos streichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unangemessene Hürde</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a) Position DKG</p>	<p><b>Änderung</b> Siehe Zeile a) Position DKG</p>
<p>d) Gruppe der neurologischen Schwerstpatienten (die Hauptgruppe) benennen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diese Schwerstpatienten bedürfen dauerhaft einer Behandlung zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und Besserung.</li> <li>- Sie haben auch weiterhin massive Schluckstörungen und eine Husteninsuffizienz teils mit lebensbedrohlichen Funktionsbeeinträchtigungen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Auf eine Aufzählung bestimmter Patientengruppen wurde verzichtet, da sich der leistungsberechtigte Personenkreis aufgrund seiner Heterogenität nicht abschließend darstellen lässt. Die Gruppe der vom Stellungnehmer so bezeichneten „neurologischen Schwerstpatienten“ findet in den Positionierungen Berücksichtigung.</p> <p>Bei Versicherten mit schweren Krankheitsbildern, wie z.B. schweren epileptischen Anfällen werden von der Leistung nicht ausgeschlossen, wenn sie die Leistungsvoraussetzungen erfüllen – dies zeigt auch die bestehende Praxis der Umsetzung der AKI im Rahmen der HKP-RL.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<b>PatV Pos.</b>			
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übereinstimmung mit zu bislang bestehendem Anspruch nach Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses HKP-RL, „kann“</li> <li>- keine Beschränkung des Personenkreises im Vergleich zum Bisherigen,</li> <li>- ermöglicht auch nicht-beatmeten Intensivpatient*innen eine entsprechende Versorgung</li> <li>- Kriterien zur Verordnungsfähigkeit ausreichend</li> <li>- Eine mögliche notwendige Intervention muss ausreichen. Dies wird durch den MDK begründet.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a) Position DKG</p>	<p><b>Änderung</b></p> <p>Siehe Zeile a) Position DKG</p>
b) Teilw. Zustimmung (Streichung letzter Halbsatz]		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
c) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhebliche Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises (Gesetzesvorgabe würde missachtet)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a) Position DKG</p>	<p><b>Änderung</b></p> <p>Siehe Zeile a) Position DKG</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dem Personenkreis, der im Fokus der Gesetzgebung stand, würde keine qualitative Verbesserung zukommen (Bindung Ressourcen wie Finanzen und Pflegefachkräfte)</li> </ul>		

in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, [DKG: .]

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Änderungsvorschlag zur besseren Lesbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeit mit Querverweisen unnötig kompliziert</li> <li>- Komplizierte Formulierungen erhöhen Wahrscheinlichkeit für Fehler in der Interpretation und bergen somit Risiken für die Versicherten,</li> <li>- Verweis auf (§ 42 Absatz 5 Satz 1 GGO).</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Formulierung beschreibt das Merkmal der „ständigen Anwesenheit der Pflegefachkraft“ im Kontext der unterschiedlichen Orte der Leistung nach § 37c Absatz 2 SGB V. Durch die Binnenverweise wird ein eindeutiger Bezug hergestellt.</p>	Keine Änderung
b) „Pflegefachkraft“ durch „Pflegerkraft“ ersetzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für einfache medizinische Maßnahmen sind auch in der außerklinischen Intensivpflege keine Pflegefachkräfte notwendig. Pflegekräfte können diese Leistungen erbringen.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Dass die außerklinische Intensivpflege durch geeignete Pflegefachkräfte zu erbringen ist, ergibt</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>sich bereits aus dem Wortlaut des § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V.</p> <p>Fallen im zeitlichen Zusammenhang der außerklinischen Intensivpflege auch erforderliche Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach dem Leistungsverzeichnis zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie an, können diese nicht separat verordnet werden, sondern sind Bestandteil der außerklinischen Intensivpflege. Der Leistungserbringer nach § 132l SGB V, der die außerklinische Intensivpflege erbringt, hat umfassend alle anfallenden Pflegeleistungen der medizinischen Behandlungspflege zu leisten. Hierdurch sollen Doppelstrukturen vermieden und die Kontinuität der pflegerischen Behandlung gestärkt werden.</p> <p>Bei Konstellationen, bei denen Versicherte nicht ganztätig durch einen Leistungserbringer, mit dem ein Vertrag nach § 132l SGB V besteht, versorgt werden, bleibt ein Anspruch auf zusätzliche Leistungen der Behandlungspflege auf der Grundlage des § 37 SGB V bestehen. Vorgaben zur Qualifikation der Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege werden in den Rahmenempfehlungen gemäß § 132a SGB V geregelt.</p>	

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>c) Unterscheidung zu den Orten der Leistungserbringung nicht schlüssig</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siehe auch TG</li> <li>- Unterscheidung des Qualifikationsniveaus der Pflegefachkraft nach Orten der Leistungsbringung nicht schlüssig</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die außerklinische Intensivpflege kann nur von ausreichend qualifizierten Pflegefachkräften erbracht werden; insoweit ist auch keine Unterscheidung nach Leistungsorten vorgesehen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) „vergleichbar intensiven Einsatz einer Pflegefachkraft“ unklar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (siehe auch TG zu § 1 Absatz 1).</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Formulierung ist für die Versorgung im Rahmen einer Einrichtung nach den Nummern 1-3 das analoge Merkmal der „ständigen Anwesenheit der Pflegefachkraft“ im Kontext der Häuslichkeit oder sonstig geeignete Orte. Die unterschiedliche Formulierung beschreibt, dass in den Einrichtungen nach Nummer 1-3 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft nicht im Sinne einer Sitzwache erforderlich ist, sondern auch durch ständig am Tag und in der Nacht tätige Pflegefachkräften in unmittelbarer Nähe der Patienten, die jederzeit medizinische Hilfe leisten zu können, erfüllt wird.</p>	<p>Keine Änderung</p>

weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist [**PatV: ist sein kann**], wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) „täglich“ streichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention durch eine Pflegefachkraft kann bei Versicherten mit erworbenen Hirnschädigungen (sog. „Wachkomapatienten“) erforderlich sein, erfolgt aber nicht täglich</li> <li>- Auch bei Versicherten, bei denen das Tracheostoma verschlossen werden konnte, muss bei hochgradiger Dyphagie eine Intervention der Pflegefachkraft sichergestellt sein, auch wenn dies nicht täglich erfolgt.</li> <li>- Neurologischen Schwerstpatienten im „Apallischen Durchgangssyndrom“ haben überproportional hoher gesamt-pflegerischer und therapeutischer krankheitsbedingter Ver-</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Formulierung entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung in Nr. 24 HKP-Richtlinie.</p> <p>Täglich können zu jedem Zeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit unvorhersehbar lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen auftreten, bei denen eine unverzügliche pflegfachliche Intervention erforderlich ist. Dabei ist nicht erforderlich, dass die lebensbedrohlichen Situationen tatsächlich täglich auftreten. Ausreichend ist, dass sie prospektiv betrachtet mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können.</p> <p>Versicherte mit schweren Krankheitsbildern, z.B. im Apallischen Durchgangssyndrom, werden von der Leistung nicht ausgeschlossen, wenn sie die Leistungsvoraussetzungen erfüllen – dies zeigt auch die bestehende Praxis der Umsetzung der AKI im Rahmen der HKP-RL.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>sorgungsaufwand mit zusätzlich ständigem hohem Interventions- und Eingriffsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es muss ein Anspruch nach erfolgreichem Weaning nach der Besonderheit des Einzelfalls bestehen,</li> <li>- Es muss ein Anspruch nach erfolgreichem Weaning insbesondere bei Kindern bestehen (z.B. Infekt führt zur erneuten Beatmung)</li> </ul>	<p>Es ist nicht ausgeschlossen, dass nach einem erfolgreichen Weaning erneut ein Bedarf an AKI entstehen kann. Änderung nicht erforderlich.</p>	
<p>b) Formulierung anpassen</p> <p>Statt „mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar“ „täglich oder mehrfach wöchentlich“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich" ermöglicht bei der Begutachtung keine ausreichend klare, "quantifizierende" Einschätzung</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V i. V. m. der vorliegenden Richtlinie ersetzt den Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V i. V. m. der HKP-Richtlinie (bislang Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie). Die Regelung in § 4 Absatz 1 stellt deshalb sicher, dass Versicherte, die nach bisherigem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung hatten, nach der neuen Rechtslage außerklinische</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Intensivpflege beanspruchen können. Der bislang leistungsberechtigte Personenkreis wird hierdurch weder ausgeweitet noch eingengt.	
<p>c) Klar formulierte Rechtsgrundlage für spezielle Krankenbeobachtung erforderlich,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- das Kriterium der „täglich“ mit „hoher Wahrscheinlichkeit“ ist rechtlich unklar, Auslegung der bisherigen Leistung nach Nr. 24 „spezielle Krankenbeobachtung“ hat immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten geführt (z.B. 15 Az. S15 KR 393/20 ER)</li> <li>- „täglich“ mit „hoher Wahrscheinlichkeit“ wird den Patientengruppen in der AKI nur bedingt gerecht</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Versicherte, die außerklinische Intensivpflege benötigen, haben in der Regel rund um die Uhr einen sehr hohen Versorgungsbedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Täglich können zu jedem Zeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit unvorhersehbar lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen auftreten, bei denen eine unverzügliche pflegfachliche Intervention erforderlich ist. Dabei ist nicht erforderlich, dass die lebensbedrohlichen Situationen tatsächlich täglich auftreten. Ausreichend ist, dass sie prospektiv betrachtet mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können.</p> <p>siehe zudem Zeile a) und b).</p>	Keine Änderung
<p>d) nach unterschiedlichen Patientengruppen differenzieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Differenzierung nach kurzzeitig, mittelfristig, langfristig und speziell Betroffene,</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen sind vielfältig. Zu Gunsten einer offenen Formulierung sieht der Richtlinienentwurf daher keine</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Benennung einzelner Erkrankungen oder Patientengruppen in § 4 (ehemals § 3) Absatz 1 vor, sondern die Erfüllung der dort beschriebenen Kriterien zur Bestimmung der Anspruchsvoraussetzungen.	
e) Ablehnung „ist“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelung wird Versorgungsbedarf von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen nach §1 (3) Satz 2 nicht gerecht.</li> <li>- Führt zu hochgradiger Belastung von Familien mit schwer erkrankten Kindern</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c).</p>	Keine Änderung
f) Zustimmung Pos. PatV „sein kann“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Notwendigkeit der Intensivpflege kann nicht davon abhängig gemacht werden, dass entsprechende Interventionen tatsächlich täglich erforderlich sind. Es ist ausreichend, dass sie täglich erforderlich sein können.</li> <li>- aus der Praxis bekannte Rechtsstreitigkeiten vermeiden.</li> <li>- die Möglichkeit der jederzeitigen Interventionsbedürftigkeit bleibt erhalten, auch in Fallkonstellationen in denen nicht</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>PatV:</b> Siehe Zeile c).</p> <p><b>GKV-SV, KBV:</b> Ein Konjunktiv würde zur Leistungsausweitung führen (s. a. derzeitige Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP RL).</p> <p>Mit dem Wort „Wahrscheinlichkeit“ ist bereits klargestellt, dass es nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt eintritt. Die Wörter „sein kann“ passen nicht zur „Wahrscheinlichkeit“. Die Wahrscheinlichkeit muss konkret bestehen und nicht möglicherweise („sein kann“).</p> <p>Die Formulierung entspricht an dieser Stelle bewusst der bisherigen Regelung in Nr. 24 HKP-</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich eine interventionsbedürftige Situation eintritt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unzulässige Einschränkung (s. BSG Urteil vom 10. November 2005 - B 3 KR 38/04 R)</li> </ul>	<p>Richtlinie. Der bislang leistungsberechtigte Personenkreis wird hierdurch weder ausgeweitet noch eingeeengt</p>	
<p>g) Zustimmung Position DKG</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Reduzierung des Leistungsanspruchs in den Fällen, in denen nicht täglich lebensbedrohliche Komplikationen auftreten, auf allgemeine Krankenbeobachtung führt bei 24/7 Bedarf nicht selten zur finanziellen Überlastung, dieser muss ausgeschlossen sein.</li> <li>- Vorschlag berücksichtigt am ehesten, dass RL nicht nur beatmete und trachealkanülierte Versicherte adressieren darf</li> <li>- Vorschlag berücksichtigt am ehesten, dass es zu keiner Verengung des Personenkreises kommt</li> <li>- Vorschlag entspricht in weiten Teilen der bereits geeinten For-</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>mulierung aus den aktuell gültigen Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB V.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention geschieht mit hoher Wahrscheinlichkeit, aber nicht unbedingt im täglichen Rhythmus.</li> <li>- Leistungsausschluss für Versicherte, bei denen nicht täglich die Intervention erfolgen muss, wäre fachlich und ethisch schwer begründbar</li> </ul>		
<p>h) Ein dokumentiertes ethisches Fallgespräch durch unabhängige Ethikexperten sollte zwingende Voraussetzung darstellen, um eine außerklinische Intensivpflege zu indizieren und/oder fortzuführen.</p>		<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	

(2) Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen kann nicht alleine auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Klarstellenden Ergänzung, dass eine lebensbedrohliche Funktionsbeeinträchtigung weiterhin bei Versicherten, mit verschlossenen Tracheostoma vorliegen kann, insb. Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen,  Ergänzung um Langzeitbeatmete nach erfolgreicher Entwöhnung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berücksichtigung von Patienten die nach Verschluss des Tracheostomas eine Husteninsuffizienz und massive Schluckstörungen haben, die die Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen</li> <li>- Verschluss des Tracheostomas bedeutet Lebensqualität</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Verordnungsvoraussetzung richtet sich nach der Erfüllung der Kriterien nach Absatz 1. Die Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen sind vielfältig. Zu Gunsten einer offenen Formulierung sieht der Richtlinienentwurf daher keine Benennung einzelner Fallkonstellationen vor.</p> <p>Es ist nicht ausgeschlossen, dass nach einem erfolgreichen Weaning erneut ein Bedarf an AKI entstehen kann.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Genehmigung: persönliche Inaugenscheinnahme geschulter Mitarbeiter/innen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Vorgaben zur Qualifikation Dritter liegen nicht im Kompetenzbereich des G-BA.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>c) Gruppe 3 b II ergänzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege- und Behandlungsaufwand ist vergleichbar mit dem Pflege- und Behandlungsaufwand einer stabilen invasiven Heimbeatmung.</li> </ul>	<p>Dieses Patientenkollektiv ist bereits von der Formulierung des Absatz 2 erfasst, sofern die Verordnungsvoraussetzung entsprechend der Kriterien nach Absatz 1 erfüllt sind.</p>	<p>Keine Änderung</p>

<p>d) Bei Versicherten mit schweren und schwersten neurologischen Schäden AKI-Bedarfsprüfung durch Neurologen</p>	<p>- Stellungnehmer berichte aus Schwierigkeiten bei der Anspruchsbewilligung aus der Praxis</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Verordnung von AKI kann durch einen Facharzt für Neurologie erfolgen, siehe hierzu § 9 Absatz 1 (ehemals § 4 Absatz 1). Klarstellend ist in § 9 Absatz 2 (ehemals § 4 Absatz 2/3) bereits geregelt, dass bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, die Verordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, die auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Zustimmung</p>	<p>- da dies auch anderen Patientengruppen einbezieht.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

GKV-SV, KBV	PatV
<p>(3) <sup>1</sup>Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. <sup>2</sup>Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. <sup>3</sup>Sind kurzfristig keine Kapazitäten in einer der vorgenannten Einrich-</p>	<p>(3) <sup>1</sup>Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6], dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung vorliegt, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten in der Regel unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>

tungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.	
--	--

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ändern, sodass Krankenkasse die weiteren Maßnahmen einleitet	- Mangel an Behandlungsplätzen, Fallmanagement Krankenkasse,	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt (siehe Änderung). Der Arzt verantwortet die Behandlung und ist somit auch für die Einleitung entsprechender Maßnahmen verantwortlich.	<b>Änderung:</b> In § 4 (ehemals § 3) Absatz 3 wird folgender Satz 2 ergänzt: „ <sup>2</sup> Die Krankenkassen wirken unterstützend mit, geeignete Einrichtungen nach Satz 1 mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, sofern ihnen diese bekannt sind.“
b) „spezialisierte Einrichtung“ konkretisieren und ambulante Einrichtung miteinschließen,	- Ausschluss ambulanter Einrichtungen nicht nachvollziehbar	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Das Weaning erfolgt immer stationär. In der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 3 zu Buchstabe a wird ausgeführt, dass das Entwöhnungspotenzial durch Verlegung in speziali-	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>sierte Entwöhnungszentren ausgeschöpft werden soll. Bei diesen Zentren handelt es sich um stationäre Einrichtungen. Es sind keine Pflegeeinrichtungen und derzeit keine ambulanten Einrichtungen als spezialisierte Entwöhnungszentren zugelassen.</p> <p>Zudem werden Maßnahmen zur Entwöhnung mit dem Versicherten abgestimmt.</p>	
<p>c) Ergänzen: <i>ambulante, heilmittelgestützte Anbahnung einer Dekanülierung und Beatmungsentwöhnung</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokus stärker auf individuelle Konzepte</li> <li>- Stationäres Weaning setzt eine längere Anbahnung des Entwöhnungsprozesses im häuslichen Bereich voraus.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bei festgestelltem perspektivischem Potenzial gilt es, dieses im Behandlungsverlauf zu stabilisieren und zu heben. Dies ist Aufgabe der verordnenden sowie potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte, der pflegerischen Leistungserbringer nach § 132I SGB V sowie weiterer Leistungserbringer wie Heilmitteltherapeuten. Die optimale und auf die oder den Versicherten bezogene Hinführung zur Dekanülierung, Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung ist (be-)handlungsleitend in der Versorgung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten mit perspektivischem Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung.</p> <p>Gemäß § 6 (ehemals § 5) Absatz 2 sind bei der Bewertung der Therapieziele auch Maßnahmen</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>zum Erreichen der Therapieziele (z.B. Einbindung von Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Heilmitteltherapie, Schlucktraining), zu erörtern.</p> <p>In § 2 Absatz 3 sind weitere Maßnahmen beschrieben.</p>	
<p>d) Ergänzen: <i>Ambulante Anbahnung der Entwöhnung durch die Schaffung von Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen</i></p>	<p>- Aufgrund der geringen Verfügbarkeit von klinischen Intensivplätzen: Bei Patienten mit Potenzial in Langzeitpflegeeinrichtungen konsiliarisches Konzept mit Kooperationen um Entwöhnungsprozess vor Ort zu unterstützen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Weaning erfolgt im stationären Setting (Krankenhaus), vorbereitende Maßnahmen können bereits im Versorgungsprozess begonnen werden.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Ergänzen mittelfristiges Potenzial, kurzfristig anzunehmendem Potenzial</p>	<p>Keine Verzögerung durch eine Überleitung in die Häuslichkeit</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Aspekte sind in § 2 Absatz 3 und § 10 (ehemals § 7) Absatz 3 ausreichend geregelt.</p> <p>- Außerklinische Intensivpflege kommt grundsätzlich nur für Patienten in Frage, bei denen aktuell kein Potenzial vorliegt, z.B. auch nach frustriertem Versuch der Entwöhnung oder Dekanülierung bei zunächst festgestelltem Potenzial.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
f) ambulante Weiterbehandlung vorbereiten und zur Vermeidung von Hospitalismus durchführen.	Im Zusammenhang mit Dauer der Entwöhnung wichtig	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c)	Keine Änderung
g) Ergänzen Begleitung/Assistenz in stationären Aufenthalt	Versicherte benötigt bei Kommunikationsbeeinträchtigungen Unterstützung, um Weaning/ die Dekanülierung erproben zu können	<p><b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Sind die Versicherten in ihrer Kommunikationsfähigkeit stark beeinträchtigt und z.B. nicht in der Lage, Schmerzen und Bedürfnisse zu äußern, wird dem Pflegepersonal die Diagnostik und Behandlung zusätzlich erschwert. Aufgrund dieser Umstände kann sich der Gesundheitszustand der Versicherten infolge des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung erheblich verschlechtern. In Ausnahmefällen kann deshalb bei Versicherten mit komplexem Unterstützungsbedarf (z.B. bei Bewegungsunfähigkeit und/oder starker Kommunikationseinschränkung) außerklinische Intensivpflege für den Zeitraum einer Krankenhausbehandlung oder für die Zeit des Aufenthalts in den anderen in § 1 Absatz 5 beschriebenen Einrichtungen verordnet werden.</li> <li>-</li> <li>- <b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</li> </ul>	<p><b>PatV: Änderung:</b></p> <p>§ 1 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:</p> <p><i>„<sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege kann für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nur verordnet oder weitergeführt werden, wenn ein besonderer Unterstützungsbedarf durch eine vertraute Pflegefachkraft für die Aufnahme und Behandlung im Krankenhaus oder einer stationsäquivalenten psychiatrischen</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>-</p> <p>- Die Regelung, dass außerklinische Intensivpflege für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthaltes und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden kann, ist gleichermaßen bereits auch schon Inhalt der HKP-RL des G-BA, welche die derzeitige Grundlage für die Verordnung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege darstellt. Sie wurde daher entsprechend übernommen.</p>	<p><i>Behandlung erforderlich ist. <sup>2</sup>Auch für die Zeit des Aufenthalts in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch diese Einrichtungen besteht (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Hospize), kann außerklinische Intensivpflege nur verordnet werden, wenn die Unterstützung durch vertraute Pflegefachkräfte für die Aufnahme und Behandlung erforderlich ist. <sup>3</sup>Vertraute Pflegefachkräfte im Sinne von Satz 1 und 2 sind Personen, die dem Leistungsbe-</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p><i>rechten gegenüber im Alltag bereits Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen.<sup>4</sup> § 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.“</i></p> <p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Keine Änderung</p>
<p>h) Ergänzen: nach „in Abstimmung“ „und nach Zustimmung des Versicherten“</p>	<p>Selbstbestimmung und Partizipation</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Maßnahmen zum Weaning werden mit dem Versicherten abgestimmt. Sie erfolgen nicht gegen den Willen des Versicherten. Eine Ergänzung ist nicht erforderlich.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>i) Engmaschige Überprüfung von Patientenwunsch und Therapieziel (nach hinreichender Aufklärung)</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Engmaschige Überprüfung von Patientenwunsch und Therapieziel ist u.a. in § 6 (ehemals § 5) durch die Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten geregelt. Auch die Erhebung des Entwöhnungspotenzials umfasst die Ermittlung/ Evaluation des Patientenwillens.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
j) Klären und zu definieren, was unter Potenzial einer Entwöhnung zu verstehen ist und welche Kriterien herangezogen werden müssen.	Potenzial kann rein mechanisch oder auch unter Mitbeachtung der Folgen für den Patienten (nicht nur medizinisch) sein	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Kriterien für eine Potentialerhebung sind in § 5 (ehemals § 3) aufgeführt.	Keine Änderung
k) Bei Kindern und Jugendlichen: zeitliche Entwicklung der Bindungsfähigkeit zugunsten der Familie zu berücksichtigen.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Maßnahmen zum Weaning werden mit dem Versicherten abgestimmt.	Keine Änderung
l) Bei Kindern und Jugendlichen: keine Präferenz eines ausschließlich klinischen Weanings	über die geeignete Örtlichkeit entscheidet der verordnende Arzt nach bestem Wissen und Gewissen in Abstimmung mit dem oder der Versicherten	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. In der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 3 zu Buchstabe a wird ausgeführt, dass das Entwöhnungspotenzial durch Verlegung in spezialisierte Entwöhnungszentren ausgeschöpft werden soll. Bei diesen Zentren handelt es sich um stationäre Einrichtungen. Es sind keine Pflegeeinrichtungen und derzeit keine ambulanten Einrichtungen als spezialisierte Entwöhnungszentren zugelassen.	Keine Änderung
m) Bei Kindern und Jugendlichen: ärztlich angeleitete und begleitende Weaning(teil)prozesse in häuslicher Umgebung,	- Vertraute Umgebung und Bezugsperson, Vermeidung nosokomialer Infektion, Vermeidung Traumata, Entwicklungsschäden durch Hospitalisierung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile l).	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
<p>n) Bei Kindern und Jugendlichen und bei Versicherten mit chronisch fortschreitenden Erkrankungen: ergänzen um Abstimmung mit den die Grunderkrankung behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten</p>	<p>Telemedizinische Begleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interdisziplinäres Verfahren, das alle Aspekte der Erkrankung berücksichtigt erforderlich</li> <li>- Verordnungszeitraum auf individuelle Vorbereitung des Entwöhnungsprozesses anpassen</li> </ul>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ergänzung nicht erforderlich. Die Zusammenarbeit des „Versorgungsnetzwerks“ wird in § 12 (ehemals § 10) der Richtlinie dezidiert geregelt.</p> <p><b>KBV, PatV, DKG:</b></p> <p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>KBV, PatV, DKG:</b></p> <p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 8 (ehemals § 4) Absatz 1 wird folgender Satz ergänzt:</p> <p><i>„Ist für die Potenzialerhebung bzw. Befunderhebungen nach § 5 eine ergänzende Fachexpertise notwendig, ist diese konsiliarisch durch die potenzialerhebende Fachärztin oder den potenzialerhebenden Facharzt einzubinden.“</i></p> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>
<p>o) Ändern (GKV-SV, KBV Pos). Satz 1 zweite Hälfte streichen.</p>	<p>kein Zwang zu einer Entwöhnung,</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile h).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>p) (GKV-SV, KBV Pos.): Ergänzen um Anbindung an spezialisierte Einrichtung, wenn keine Kapazität verfügbar ist.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Da das Auffinden geeigneter Einrichtungen mit Versorgungskapazitäten mitunter aufwändig sein kann, sollen die Krankenkassen im Rahmen ihrer Möglichkeiten dabei mitwirken. In Satz 3 ist zudem eine Ausnahme vorgesehen, in der außerklinische Intensivpflege auch bei unmittelbar vorliegendem Potenzial vorübergehend verordnet werden kann. Mit dieser Ausnahme ist sichergestellt, dass Versicherte im Falle von möglichen Wartezeiten auf einen freien Platz in einer Einrichtung nach Satz 1 bis dahin außerklinische Intensivpflege erhalten.</p>	<p>Siehe Zeile a).</p>
<p>q) Ergänzen (GKV-SV, KBV Pos.): Abteilungen der neurologischen Frührehabilitation mit ausgewiesener Expertise für das prolongierte neurologische Weaning.</p>	<p>- Diese Einrichtungen sind bei Versicherten mit primär oder überwiegend neurologischer Grunderkrankung durch bes. Expertise und Aufbau geeignet.</p> <p>Auf ergänzen um Grunderkrankung spez. Einrichtung [Expertise]</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Expertise von auf die Grunderkrankung spezialisierten Einrichtungen wird in der außerklinischen Versorgung durch die Regelung des § 12 (ehemals § 10) Absatz 2 Satz 4 berücksichtigt.</p> <p>Eine Konkretisierung dazu, welche Einrichtungen für das Weaning bei neurologischen Grunderkrankungen geeignet sind, ist nicht erforderlich und gehört auch nicht zum Regelungsauftrag des G-BA.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
r) (GKV-SV, KBV Pos.): Ergänzen, dass auch nach dem Weaningversagen eine regelhafte Verordnung auf außerklinische Intensivpflege erfolgen kann		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Der Aspekt ergibt sich bereits aus den Regelungen der Richtlinie. Die Verordnungsvoraussetzung richtet sich nach der Erfüllung der Kriterien nach Absatz 1.	Keine Änderung
s) (GKV-SV, KBV Pos.) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versorgungsunsicherheit,</li> <li>- Patientenwille ausgehebelt</li> <li>- Kapazitäten nicht vorhersehbar</li>   <li>- kann zu unangemessen langer Hospitalisierung führen</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Siehe Zeile j)  Zudem ist in Satz 3 geregelt, dass bei nicht vorhandenen Kapazitäten eine AKI-Verordnung möglich ist.  Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	Keine Änderung
t) (GKV-SV, KBV Pos.) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühzeitig Potenziale nutzbar machen</li> <li>- Patienten verharren nicht im status quo obwohl Verbesserung möglich wäre</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
u) (GKV-SV, KBV Pos.): Satz 2 streichen	- entbehrlich	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
		<p><b>GKV, KBV:</b> Die Regelung ist erforderlich, damit die bereits erreichten Ziele und Potenziale nicht gefährdet werden und die oder der Versicherte weitere Therapieoptionen bekommt.</p>	
<p>v) (GKV-SV, KBV Pos.): Satz 2: Zwischenfinanzierung in Form einer Ausfallfinanzierung sicherstellen</p>	<p>- Reibungsloser Wechsel zwischen Klinik und Nachversorgung</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV, KBV:</b> Der Aspekt ist kein Regelungsbestandteil der AKI-RL.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>w) (PatV Pos. und GKV-SV, KBV Pos). „unverzüglich“ streichen</p>	<p>- unrealistisch</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die unverzügliche Einleitung weiterer Maßnahmen ist erforderlich, damit die bereits erreichten Ziele und Potenziale nicht gefährdet werden und die oder der Versicherte weitere Therapieoptionen bekommt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>x) (PatV Pos.) Ergänzen: <i>Wenn die Beatmung nicht vorrangig wegen einer Erkrankung der Lunge indiziert ist, ergänzen um Abstimmung mit den die Grunderkrankung behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ist für die Potenzialerhebung bzw. Befunderhebungen nach § 5 eine ergänzende Fachexpertise notwendig, ist diese konsiliarisch durch die potenzialerhebende Fachärztin oder den potenzialerhebenden Facharzt einzubinden.</p>	<p><b>KBV, PatV, DKG:</b> Siehe Zeile n)</p>
<p>y) (PatV Pos.) Ablehnung</p>	<p>- Kann zu Verzögerungen führen - Zu unverbindlich</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>PatV: Änderung:</b></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			§ 4 (ehemals § 3) Satz 1 werden die Wörter „in der Regel“ gestrichen.
z) (PatV Pos.) Ergänzen um Satz 3 von GKV-SV, KBV Pos.	- Vermeidung Versorgungs-lücken	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt	<b>PatV: Änderung:</b> § 4 (ehemals § 3) wird nach Satz 1 folgender Satz ergänzt: „ <sup>2</sup> Die Krankenkassen wirken unterstützend mit, geeignete Einrichtungen nach Satz 1 mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, sofern ihnen diese bekannt sind.“
aa) Zustimmung PatV mit Ergänzung  [...] <del>unverzüglich</del> weitere Maßnahmen ein, <del>insbesondere</del> bei Bedarf auch eine [...]	- Option des qualifizierten Weanings in der Häuslichkeit muss unterstützt werden	Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	
bb) Es fehlt die Definition der „Einrichtung“	- Weaningversuche in häuslicher Umgebung nutzen (vertraute Umgebung)	Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<i>„eine sonstige für die (Grund)- Erkrankung, die Intensivpflege erforderlich macht, geeignete Einrichtung.“</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Spezialzentren häufig nicht in Wohnortnähe</li><li>- Unzumutbare Anfahrtswege</li></ul>		

(3) bzw. (4)

Bei Bedarf, insbesondere bei Vorliegen einer infausten Prognose und wenn eine kurative Therapie nicht mehr möglich ist, ist im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt palliativmedizinische Fachkompetenz einzubeziehen.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Rehabilitative Fachkompetenz ergänzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilhabe</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Absatz setzt die gesetzliche Vorgabe nach § 37c Absatz 1 Satz 5 um. Im Rahmen der Erhebung wird auch die Förderung möglicher Ressourcen im Rahmen einer Rehabilitation geprüft. Keine Änderung des Richtlinienentwurfes erforderlich.</p>	Keine Änderung
b) Satz streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Begriff der Palliation hat in Bezug auf Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener deutlich erweiterte Dimensionen.</li> <li>- eine nicht mögliche Wiederherstellung von Organfunktionen (hier Weaning und Dekanülierung) allein, ist kein Grund für den regelhaften Einbezug palliativmedizinischer Fachkompetenz.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Absatz setzt die gesetzliche Vorgabe nach § 37c Absatz 1 Satz 5 um. Durch die Formulierung „insbesondere“ ist die Einbeziehung palliativmedizinischer Kompetenz nicht auf Versicherte beschränkt, die nicht von der Beatmung entwöhnt oder dekanüliert werden können. Die in der Stellungnahme beschriebenen unterschiedlichen Dimensionen der Palliation sind von der Formulierung des Richtlinien textes umfasst.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>c) Patientenwille, Wunsch- und Wahlrecht, Versicherten an Beratung beteiligen</p>	<p>- „Nichts über uns ohne uns“</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Patientenwille ist explizit durch die Formulierung „im Einvernehmen“ berücksichtigt. Die Herstellung des Einvernehmens ist ohne eine Beteiligung des Versicherten nicht möglich. Die palliative Versorgung soll nur mit ausgesprochenem oder mutmaßlichem Willen des Patienten erfolgen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Einbindung eines Ethikvotums für Versicherte, die sich nicht mehr äußern können</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Richtlinie trifft keine Festlegung, in welcher Form die Einbindung der oder des Versicherten erfolgt. Zudem ist die Berücksichtigung eines Ethik-Fallgesprächs nur unter besonderen Umständen (z.B. bei einer möglichen Beendigung der Beatmungstherapie) angemessen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Anstatt „palliativmedizinische Fachkompetenz“ die Verwendung der Begrifflichkeit „ein multiprofessionelles Palliative Care Team“</p>	<p>- interprofessionelle Aufgabe</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da die allgemeine Formulierung „palliative Fachkompetenz“ verschiedene Formen der palliativen Einbeziehung ermöglichen soll. Außerdem ist die Terminologie dem Gesetzeswortlaut entnommen (§37c Absatz 1 Satz 4)</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
f) SAPV soll eine zusätzliche Leistung zur AIP sein, und nicht einander ausschließen.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile g).	Keine Änderung
g) frühen Integration von Palliative Care	- Behandlungskonzepte sollen ineinandergreifen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Bei Bedarf ist die Einbeziehung palliativer Fachkompetenz zu prüfen. Diese Fachkompetenz kann z.B. ein Palliativmediziner sein, der auch Teil eines Palliativ Care Teams ist.	Keine Änderung
h) Der Bedarf ist durch regelm. Therapiezielklärung qualifiziert zu ermitteln.	- Unabhängig von Prognosewünsche zur Behandlungsoption	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. In § 6 (ehemals § 5) Absatz 2 ist die Erörterung der Therapiezielen im Rahmen der Verordnung verankert. Diese kann auch der Feststellung palliativer Versorgungsbedarfe dienen.	Keine Änderung

(4) bzw. (5)

<sup>1</sup>Voraussetzung für jede Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Versicherten und der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer persönlichen Untersuchung überzeugt hat

<b>PatV zusätzlich</b>
oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ergänzen: „oder die verordnende Klinik“		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Verordnung im Rahmen des Entlassmanagement sind in § 10 (ehemals § 7) gesondert geregelt. Die Anforderungen an die Verordnung gelten auch für die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements, soweit keine abweichende Regelung getroffen wurde (Beispiel Dauer der Verordnung oder Qualifikation der Verordnerin oder des Verordners).	Keine Änderung
b) Ergänzen: Telemedizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falls Untersuchung anders nicht möglich</li> <li>- Viele AKI Patienten sind immobil</li> <li>- Für Folgeverordnung</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Vor dem Hintergrund der komplexen Versorgungsbedarfe der Versicherten ist es aus fachlicher Sicht notwendig, versorgungsrelevante Än-	Siehe Zeile e)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aufgrund der Engpässe in der Versorgung</li> <li>- Folgeverordnungen können unter Zuhilfenahme von telemedizinischen Technologien aus-gestellt werden.</li> </ul>	<p>derungen an der Verordnung nach einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Ärztin bzw. den Arzt vorzunehmen.</p> <p><b>GKV-SV zusätzlich:</b> Zudem ist der persönliche Arzt-Patientenkontakt vor Ort Voraussetzung, um die Fehlanreize in der heutigen Versorgung zu beseitigen (s. Gesetzesbegründung).</p>	
<p>c) Position PatV: Zustimmung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei dauerhaft stabilen Patienten</li> <li>- Vermeidung von Belastung des Patienten</li> <li>- Vermeidung bürokratischer Aufwand</li> <li>- knappen Zeit- und Humanressourcen,</li> <li>- Persönliche Untersuchung kann unmittelbar vor der Verordnung oder im Rahmen der laufenden Behandlung geschehen.</li> <li>- Telemedizin im Rahmen eines definierten Netzwerkes</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile d).</p>	<p>Siehe Zeile e)</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>d) Position PatV: begrenzen auf Folgeverordnung</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der persönliche Arzt-Patientenkontakt vor Ort ist insbesondere bei diesen schwerstkranken Versicherten essentiell.</p>	<p>Siehe Zeile e)</p>
<p>e) Position PatV: Ablehnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>persönliche</b> Arzt-Patienten-Kontakte sind unverzichtbar, Voraussetzung um die Fehlanreize in der heutigen Versorgung zu beseitigen</li> <li>- zeitnahe Beurteilung notwendig</li> <li>- persönlicher Besuch mit aktueller Beurteilung sollte verpflichtend sein um die Behandlungsqualität zu sichern.</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Voraussetzung für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt persönlich von der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege überzeugt hat. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege benötigen, sind schwerstkrank, so dass eine regelmäßige Arzt-Patienten-Interaktion wichtig ist. Diese Regelung soll vermeiden, dass eine Verordnung über einen längeren Zeitraum ohne eine ärztliche Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung erfolgt.</p> <p>Vor diesem Hintergrund kommt Hausbesuchen eine besondere Bedeutung zu, um die persönliche Untersuchung ohne unzumutbare gesundheitliche Belastungen für die Versicherten zu gewährleisten.</p>	<p><b>PatV: Änderung:</b></p> <p>In § 4 (ehemals § 3) Absatz 5 (ehemals Absatz 4/5) wird der Halbsatz „<i>oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</i>“ gestrichen.</p>

<sup>2</sup>Im Rahmen der Verordnung sind neben der pflegerischen und medikamentösen Behandlung insbesondere auch Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer sowie die Optimierung der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
a) Eine Hilfsmittelversorgung durch die verantwortlichen Kostenträger absichern.	-	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Eine Ergänzung in der Richtlinie ist nicht erforderlich. Die Voraussetzungen, Grundsätze und Inhalte der Verordnungsmöglichkeiten von Hilfsmitteln ist in der Hilfsmittel-RL geregelt.	Keine Änderung
b) Ergänzen: Fachkräfte der Sozialen Arbeit	- Selbstbestimmungsrecht des Versicherten durch Beratung und Begleitung gewährleisten	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Vorgaben zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind nicht von der Regelungskompetenz des G-BA umfasst. Zur Einbeziehung im Rahmen des Entlassmanagements wird auf den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement verwiesen.	Keine Änderung

(5) bzw. (6)

<sup>1</sup>Vor jeder Verordnung werden bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten **[PatV zusätzlich,** mit Ausnahme der Fälle nach den Sätzen 10 und 11,] das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen individuell erhoben und dokumentiert.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Gruppe 3 b II ergänzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege- und Behandlungsaufwand ist vergleichbar mit dem Pflege- und Behandlungsaufwand einer stabilen invasiven Heimbeatmung.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Sofern die Kriterien nach § 4 (ehemals § 3) Absatz 1 zutreffen, können auch Patienten mit einer NIV-Beatmung anspruchsberechtigt sein. In der AKI-RL wird der Gesetztext gem. §37c Absatz 1 Satz 6 repliziert.</p>	Keine Änderung
b) Satz 2 um Patientenwillen ergänzen, kein Weaning „um jeden Preis“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientenautonomie</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Im Rahmen der Erhebung erfolgt die strukturierte Ermittlung des Patientenwillens. Hierzu gehören sowohl die Sichtweise der oder des Versicherten zur Fortführung oder Anpassung der Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege, als auch zur Durchführung der Beatmungsentwöhnung. Die erhobenen medizinischen Befunde sowie der (mutmaßliche) Patientenwille fließen in die Beurteilung des Weaning-/Dekanülierungspotenzials und deren Umsetzung ein.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
c) Fehlanreize durch die Förderung von Wertschöpfungsketten vermeiden		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
d) Zustimmung Ausnahmeregel, ergänzen um Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenzialerhebung bei Patienten, die kein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial haben, nicht zielführend, da Funktionen nicht wiederhergestellt werden können.</li> <li>- besondere Situation der Menschen im Wachkoma und Langzeitbeatmeter</li> <li>- 6 Monatige Erhebung für diese Gruppe nicht zumutbar, insbesondere Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit Intensivpflegebedarf.</li> <li>- Qualifiziert Ärztinnen und Ärzte zur Potenzialerhebung kaum im ambulanten Setting verfügbar</li> <li>- dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf, wenn Ausnahmeregel</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Allerdings ist gemäß §37c Absatz 1 Satz 6 SGB V vor jeder Verordnung bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten eine Potenzialerhebung durchzuführen. Gleichzeitig werden bei der Erhebung mögliche Ressourcen und Probleme evaluiert und der Behandlungsplan mit dem Ziel der Therapieoptimierung angepasst. Dies ist medizinisch erforderlich um eine sach- und fachgerechte Versorgung des Versicherten sicherzustellen und dient der Patientensicherheit und dem Patientenschutz.</p> <p>Auch bei Versicherten, die kein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial haben, muss die Erhebung regelmäßig erfolgen, jedoch bedarf es in diesen Fällen nicht einer so hohen Erhebungsfrequenz wie bei Versicherten, die Aussicht auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung haben.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 5 (ehemals § 3) wird folgender Absatz 4 eingefügt:</p> <p>„(4) <sup>1</sup>Wird bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, muss die Erhebung abweichend von Absatz 3 Satz 1 mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden.  <sup>2</sup>Die Erhebung darf bei</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>nicht durch Gesetz gedeckt ist</p>		<p><i>diesen Versicherten abweichend von Absatz 3 Satz 2 zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als sechs Monate sein.<sup>3</sup>Sie umfasst die in diesem Paragraphen beschriebenen Inhalte, setzt aber den Schwerpunkt auf Aspekte der Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung. <b>[PatV zusätzlich:<sup>4</sup>Abweichend von Absatz 2 Satz 3 kann die dort einmal jährlich unmittelbar persönlich vorgesehene Erhebung in begründeten Einzelfällen auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden.]</b></i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
e) Ergänzen um Möglichkeiten einer Behandlung in einer spezifischen Einrichtung der Frührehabilitation oder zur intensivmedizinischen Rehabilitation zur Abschätzung des Entwöhnungspotenzials	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in Einzelfällen sind Entwöhnungsmaßnahmen nur in einem umfassenden rehabilitativen Setting erfolgreich</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>In § 3 geht es um die Verordnungsvoraussetzung der AKI. Der verordnende Arzt hat bei der Potenzialerhebung immer alle Behandlungsoptionen zu berücksichtigen, hierzu gehört auch die Förderung möglicher Ressourcen im Rahmen einer Rehabilitation</p>	Keine Änderung
f) Ergänzen: neben Prüfung der Therapieoptimierung, Prüfung Angebot der Mobilen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufsuchende Rehabilitation</li> <li>- Verbesserung von Teilhabe und Weaningerfolg</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>siehe e.)</p>	Keine Änderung
g) Ergänzung (Pos. PatV) um Vorrang ambulanter Erhebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sowohl der Krankentransport als auch der Aufenthalt in der Klinik - hier ist sehr häufig die pflegerische Versorgung schlechter – stellen eine oft gesundheitsgefährdende Belastung dar.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Entscheidend ist die Expertise, keine Unterscheidung zwischen ambulant und stationär.</p> <p><b>PatV zusätzlich:</b> Zu Gunsten der flächendeckenden Versorgung keine allgemeine verbindliche Vorgabe, grundsätzlich ist die Erhebung am Ort der Leistung zur Vermeidung von Belastungen des Patienten zu begrüßen.</p>	Keine Änderung
h) Ressourcen, auch technische, müssen zur Verfügung stehen, um Erhebung ambulant durchzuführen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finanzierung gerätetechnischer Ausstattung</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Regelungskompetenz des G-BA.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>i) <b>Zuerst</b> Potenzial und Maßnahmen zu einer individuellen Therapieoptimierung erheben, dann in einem <b>zweiten</b> Schritt Entwöhnungspotenzial in Anbetracht der zugrunde liegenden Erkrankung.</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Der Gesetzgeber hat im §37c Absatz 1 Satz 5 festgelegt, dass es im Rahmen der AKI um die regelmäßige Erhebung und Dokumentation des Weaningpotenzials vor jeder Verordnung geht. Auf dieser Grundlage werden weitere Therapieoptimierungen und notwendige Behandlungsschritte eingeleitet.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 5 (ehemals § 3) wird in Absatz 1 nach dem Klammerzusatz „(Dekanülierung)“ die Wörter „und die Möglichkeiten der Therapieoptimierung“ eingefügt:</p>
<p>j) Bei Versicherten ohne Weaning- oder Dekanülierungspotential die Gründe dafür initial dokumentieren, Zeitpunkt erneuter Erhebung durch Arzt festlegen, mindestens einmal jährlich Vorstellung.</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Siehe Zeile d).</p>	<p>Siehe Zeile d)</p>
<p>k) Satz 7 oder 8 um Vorgaben zur Telemedizinische Erhebung ergänzen (es müssen <b>alle Parameter</b> erhoben werden können)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alle zur Beurteilung des Weaning- und Dekanülierungspotentials erforderlichen Befunde und Werte zur Verfügung stehen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Aspekt ist vom Vorschlag bereits erfasst.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>l) „Potentialerhebung“ durch „klinische Kontrolle“ ersetzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhebung nicht nur zur Identifizierung von „Potentialen“, sondern zum</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>Zweck der Optimierung der Lebensqualität und der Teilhabe sowie zur Vermeidung von Komplikationen.</p>	<p>Der Gesetzgeber hat im § 37c Absatz 1 Satz 5 festgelegt, dass es im Rahmen der AKI um die regelmäßige Erhebung und Dokumentation des Weaningpotenzials vor jeder Verordnung geht. Die Feststellung des Potenzials stellt den ersten Schritt im Rahmen der Kontrolluntersuchung dar.</p>	
<p>m) Keine kleinteiligen Abläufe regeln, sondern Verweis auf Leitlinien</p>	<p>- medizinischer Evidenz</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Gesetzlicher Auftrag an den G-BA ist es, Inhalte und Umfang der AKI zu regeln.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>n) Trennung in die Kategorien „beatmete Patienten“ und „trachealkanülierte, nicht beatmete“ Patienten ist unlogisch.</p>	<p>- gilt auch für Patienten mit Trachealkanüle, die beatmet sind.</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>PatV, KBV, GKV-SV: Änderung</b> In § 5 (ehemals § 3) wird für die Erhebung bei beatmeten Versicherten in Absatz 6 (ehemals Absatz 6/7) folgende Erhebungsparameter ergänzt: <i>„14. Standardisiertes Aspirationscreening; 15. Schluckfunktion mit geeigneten</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p><i>Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]);</i></p> <p><i>16. Sitz und Funktion der Trachealkanüle.“</i></p> <p><b>Änderung DKG:</b></p> <p>In § 5 (ehemals § 3) wird für die Erhebung bei beatmeten Versicherten in Absatz 6 (ehemals Absatz 6/7) wird folgender Satz ergänzt:</p> <p>„Bei beatmeten Versicherten, die sich bereits in der außerklinischen Intensivpflege befinden und bei denen eine Erhebung im Vorfeld einer Folgeverordnung notwendig ist, sollen, sofern nicht bereits im Zusammenhang mit der Prüfung der Kriterien</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			1. bis 10. erhoben, der Sitz und die Funktion der Trachealkanüle und das Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung geprüft werden.“

<sup>2</sup>Dies umfasst auch die Prüfung [GKV-SV, KBV, PatV: des Potenzials für eine] [DKG: der Möglichkeit einer] Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ergänzen um informierte Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umstellung auf NIV kann bei jungen Patienten Gesundheits- und Teilhabepotenziale einschränken. Informierte Entscheidung.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Aufklärungspflicht ist in der ärztlichen Berufsordnung verankert. Siehe auch § 630e BGB.</p> <p>Weaning (Umstellung einer invasiven Beatmung auf eine nicht-invasive Beatmung (NIV) ist eine medizinische Indikation und setzt eine informierte Entscheidung voraus.</p>	Keine Änderung
b) Zustimmung „des Potenzials“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwerpunkt der Bewertung, Begriff ist umfassender</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Begriff des „Potenzials“ ist mit den gesetzlichen Regelungen im Umfeld der AKI sozial- und leistungsrechtlich definiert und daher mit Umsicht zu verwenden. Insbesondere sind mit dem Beatmungsentwöhnungspotenzial für die Krankenhäuser weitergehende Regelungen verbunden (Abschlagsvereinbarung, OPS). Ein gesondertes „Potenzial für eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung“ ist nicht vorgesehen und wirkt missverständlich. Die Beurteilung der NIV-Fähigkeit ist bereits ein Aspekt bei der Prüfung des Beatmungsentwöhnungspotenzials (siehe § 5 Absatz 9 Satz 1 Nr. 4). Dies drückt die Formulierung der DKG aus.</p>	Keine Änderung

<p>c) Ablehnung „Möglichkeit“</p>	<p>- Zu offen formuliert</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Ergänzung: <i>Beatmungsdauer und Beatmungsform dürfen keine allein entscheidende Bedeutung haben.</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Sofern die Kriterien nach § 4 (ehemals § 3) Absatz 1 zutreffen, sind Patienten anspruchsberechtigt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Streichen (NIV)</p>	<p>Problematik Potenzialbegriff</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die optimale und auf die oder den Versicherten bezogene Hinführung zur Dekanülierung, Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung (NIV) ist (be-)handlungsleitend in der Versorgung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten mit perspektivischem Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung. Die Beurteilung der NIV-Fähigkeit ist somit Gegenstand der Potenzialerhebung.</p>	<p>Keine Änderung</p>

<sup>3</sup>Die Erhebung dient zudem dazu, Möglichkeiten der Therapieoptimierung zu prüfen und ggf. umzusetzen.<sup>4</sup>Die Erhebung nach Satz 1 darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein. **[GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: <sup>5</sup>Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.]**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinnvolle regelmäßige Zeitfenster</li> <li>- Risiken bzw. der Einschränkung von Lebensqualität erfordern 6 monatige Kontrolle</li> <li>- Frühes Erkennen von sich entwickelnden Potenzialen</li> <li>- Leitliniengerecht</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
b) Zwölf Monate (§ 37c Absatz 2 Satz 7 SGB V), mindesten jährlich	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begrenzte Facharztkapazitäten</li> <li>- abhängig von der Grunderkrankung,</li> <li>- psychosoziale Situation bei Zeitpunkt beachten</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>	Siehe Zeile d) zu Satz 1
c) „Muss“ durch „soll“ ersetzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heterogene Patientengruppe</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 6 muss vor jeder Verordnung das Potenzial erhoben und dokumentiert werden.</p>	Keine Änderung

<p>d) Statt Verpflichtung, alle 6 Monate ein Anrecht auf eine Erhebung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fehlende Kapazitäten</li> <li>- Krankenkasse muss ihre Feststellung jährlich durch persönliche Begutachtung überprüfen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) 6- monatige Erhebung: in Ermessen der Krankenkasse verzichtbar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten die aufgrund des Krankheitsbildes keine Chance auf Entwöhnung haben</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>	<p>Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>
<p>f) Satz 5 streichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- praktische Durchführbarkeit</li> <li>- nicht genügend Fachärzt*innen für die Umsetzung</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Diese strukturierte Erhebung soll sicherstellen, dass solche Potenziale frühzeitig erkannt und weitere dann notwendige Behandlungsschritte, wie eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung im stationären Setting, durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte eingeleitet werden.</p> <p>Durch diesen Zeitraum wird ein enger zeitlicher Bezug zur Verordnung hergestellt und gleichzeitig eine gewisse Flexibilität bei der Terminvergabe für die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte ermöglicht.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>g) Ablehnung (Satz 4) und 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ablehnung der Potenzialerhebung durch den Versi-</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

	<p>cherten nicht zur Leistungsverweigerung führen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „mit jeder Verordnung“ ist gesetzlich vorgegeben. Dass eine Verordnung eine Laufzeit von 6 Monaten haben muss, nicht.</li> </ul>	<p>Die Potenzialerhebung ist laut Gesetz Voraussetzung für jede Verordnung. Sie dient neben der Beurteilung eines Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial auch der Therapieoptimierung. In jedem Falle soll der Versicherte wenigstens in den hier definierten Abständen von für die Potenzialerhebung besonders qualifizierten Ärzten gesehen werden und in der weiteren Versorgung von deren Expertise profitieren.</p>	
<p>h) Ausnahmeregel für Versicherten ohne Weaning- oder Dekanülierungspotenzial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siehe oben, Würdigung Satz 1 Buchstabe e</li> <li>- 1 X jährlich bei dieser Patientengruppe</li> <li>- Ressourcenschonung</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Siehe Zeile d) zu Satz 1.</p>	<p>Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>
<p>i) Kostenträger muss erforderliche Technik der Erhebung finanzieren.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Kein Regelungsauftrag des G-BA.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>j) interdisziplinären Fallbesprechung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ermöglicht eine schnelle Abstimmung und stellt sicher, dass keine für die Beurteilung notwendigen Parameter übersehen wird.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>In § 12 (ehemals § 10) bereits geregelt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>k) Befürwortung d. regelmäßigen Überprüfung des Weaningpotentials, aber auch Forderung von Lösungen, die</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch Krankenhausaufenthalte: enorme Belastung d. Patienten und Angehörigen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	

ambulant und z.B. mit Hilfe von Telemedizin erfolgen kann			
l) Alternative: Die Erhebung darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als 4 Wochen sein.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verordnung sollte auf Basis einer möglichst aktuellen Erhebung erfolgen</li> <li>- 3 Monate nicht sinnvoll</li> </ul>	Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	

<sup>5 oder 6</sup> Insbesondere wird die Therapieadhärenz beurteilt und bei festgestelltem Potenzial die Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungsstrategie festgelegt und ggf. angepasst. <sup>6 oder 7</sup> Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt wirkt auf die Umsetzung der nach [DKG, KBV, GKV-SV: Satz 1 bis 6] [PatV: Satz 1 bis Satz 5] dokumentierten Maßnahmen hin. <sup>7 oder 8</sup> Die Erhebung nach Satz 1 kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. <sup>8 oder 9</sup> Mindestens einmal jährlich muss diese jedoch unmittelbar persönlich erfolgen. <sup>9 oder 10</sup> Ist die Beatmung bzw. die Trachealkanüle dauerhaft indiziert oder eine Dekanülierung oder Entwöhnung zum Zeitpunkt der Erhebung nicht möglich oder absehbar, sind die konkreten Gründe zu dokumentieren.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung Telemedizin		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Anwendung einer auch telemedizinischen Potenzialerhebung (auch bei Kindern und jungen Menschen) ist für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte bereits vorgesehen.</p>	Keine Änderung
b) Satz 7 oder 8: Ergänzen: zertifizierte Weaning-Zentrum jährlich in Erhebung einbinden	Expertise	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 7 sind zur Erhebung auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte oder nicht</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Eine zusätzliche Nennung zertifizierter Weaning Zentren ist daher nicht erforderlich.</p>	
<p>c) Ergänzen: In den Fällen nach Satz 9 oder 10 entfällt die Prüfung</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Gem. §37c Absatz 1 S atz 6 muss vor jeder Verordnung das Potenzial erhoben und dokumentiert werden, unabhängig vom Krankheitsbild. Die Erhebung dient unabhängig davon auch dem Zweck, mögliche Therapieoptimierungen anzustoßen und zu realisieren.</p>	<p>Keine Änderung</p>

**PatV zusätzlich**

<sup>10</sup>Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, ist in den Fällen nach Satz 9 eine erneute Erhebung nicht mit jeder Folgeverordnung verpflichtend. <sup>11</sup>Die Fachärztinnen und Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4], die die Erhebung nach Satz 1 zuletzt durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlungsfehler, wenn bei Indikation für eine dauerhafter Beatmung/Trachealkanüle Entwöhnungsversuche unternommen werden</li> <li>- besonderen Schutzwürdigkeit dieser Personengruppe</li> <li>- Therapiekontrolle individuell gestalten um Belastungen im Kindesalter gering zu halten</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile d) zu Satz 1</p> <p>Ablehnung, gem. §37c Absatz 1 Satz 6 muss vor jeder Verordnung das Potenzial erhoben und dokumentiert werden, unabhängig vom Krankheitsbild. Die Erhebung dient unabhängig davon auch dem Zweck, mögliche Therapieoptimierungen anzustoßen und zu realisieren.</p>	Siehe Zeile d) zu Satz 1
b) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankheitsbilder mit hoher Dynamik</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Siehe Zeile d) zu Satz 1

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wortlaut Gesetz</li> <li>- Bestehen konkrete Gründe, die gegen eine Entwöhnung oder Dekanülierung sprechen, greift Satz „9 oder 10“.</li> <li>- Widerspricht ärztlicher Verantwortung für den Gesamtprozess.</li> </ul> <p>„insbesondere“ ist eine unbestimmte Öffnung für weitere Patientengruppen</p>	<p>Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>	
<p>c) Umformulierung des gesamten Absatzes</p>	<p>Als Grundlage die Indikation der Beatmung voranstellen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Längere Dauer der Folgeverordnung 12 Monate</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>	<p>Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>
<p>e) Verhinderungsgründe bei Terminfindung antizipiert</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>Änderung:</b> § 4 (ehemals § 3) Absatz 3 wird Satz 3 wie folgt gefasst:</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p><sup>3</sup>Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial <b>[KBV, PatV, GKV-SV einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung] [DKG: zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung]:</b> können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nur bis zum Zeitpunkt des Entwöhnungsversuches in einer auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierten stationäre Einrichtung oder in einer auf Dysphagie spezialisierten Einrichtung ausgestellt werden.“</p>
<p>f) Ausnahmeregel auf Erwachsene erweitern</p>	<p>- Siehe oben, Würdigung Satz 1 Buchstabe e</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	Menschen im Wachkoma mit einem langwierigen Krankheitsverlauf ohne Dekanülierungspotenzial oder bei bereits verschlossenem Tracheostoma ohne Entwicklungspotenzial bei weiterhin bestehenden Schluckstörung, sowie langzeitbeatmete Versicherte ohne Weaningpotenzial	Siehe Zeile d) zu Satz 1	
g) Ergänzen: <i>Bei der Patientengruppe nach Satz 10 Erhebung unabhängig von Verordnung mindestens 1 x jährlich</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hochkomplexe Krankheitsbilder</li> <li>- wechselnden Gesundheitszustand</li> <li>- hochgradig spezialisierte sowie interdisziplinäre Behandlung erforderlich</li> </ul> vorrangiges Ziel Therapieoptimierung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d) zu Satz 1	Siehe Zeile d) zu Satz 1
h) wie sollen Ressourcen für ambulante Erhebung vorgehalten werden?		Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die Qualifikationsanforderungen für die Erhebung in der vertragsärztlichen Versorgung werden in einer Weise festgelegt, die die flächendeckende Verfügbarkeit entsprechend qualifizierter Ärztinnen und Ärzte gewährleistet.	[Änderung siehe Auswertung zu § 4]

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<b>GKV-SV:</b> Anpassung von 3 Jahren einschlägiger Tätigkeit auf 18 Monate.	

(6) bzw. (7)

Im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6] bei beatmeten Versicherten sind insbesondere **[PatV: sind insbesondere sollen]** folgende Befunde zum Beatmungsstatus und zum Beatmungsentwöhnungspotenzial zu erheben **[PatV: zu erheben erhoben werden]:**

**[PatV: sind insbesondere sollen]**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung „sollen ...erhoben werden“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht jeder Parameter kann bei jedem Patienten erhoben werden, somit ist die „Soll-Formulierung“ treffender.</li> <li>- Ermöglicht größere Flexibilität</li> <li>- Mit dieser Formulierung können Menschen ohne Entwöhnungspotenzial ausgenommen werden. Korrespondiert mit § 2 Absatz 5</li> <li>- Durch flexiblere Vorgabe ist die Individualisierung</li> </ul>	Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt.	<b>Änderung:</b> In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) wird Satz 1 1. Halbsatz wie folgt gefasst: <i>„<sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung bei beatmeten Versicherten sollen insbesondere folgende Aspekte überprüft und in die Bewertung eines Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials</i>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>und Patient_innenzentrierung besser umzusetzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „insbesondere“ kann bedeuten, dass weitere Erhebungen willkürlich dazu kommen können. Niemand wird einen zusätzlichen Befund verweigern.</li> <li>- bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Erkrankungen des Kindesalters ist immer individuell vorzugehen. Keine invasive Untersuchung/Behandlung, die belastend ist, ohne erkennbaren Nutzen</li> <li>- unangemessene Belastung</li> <li>- Patientenentscheidung gegen eine Untersuchung ohne negative Folgen bzgl. der Verordnungssicherheit</li> <li>- Es handelt sich um einen abschließenden Katalog der Erhebungsparameter</li> </ul>		<p><i>einbezogen und zusammenfassend dokumentiert werden.“</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhebung kann erfolgen, auch wenn dieser Katalog nicht vollumfänglich erfüllt werden kann oder der Versicherte bestimmte Erhebungsparameter für sich im Rahmen seine Entscheidungsfreiheit ablehnt</li> </ul>		
<p>b) „Sollen...erhoben werden“-Formulierung wird abgelehnt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch die Vorgabe der aufgelisteten Befunde wird eine differenzierte und nachvollziehbare Potenzialerhebung gewährleistet.</li> <li>- Die Formulierung der „sollen...erhoben werden“ ist zu unverbindlich. Alle Parameter sind zu erheben. Die Qualität der Erhebung wäre nicht sichergestellt.</li> <li>- valide Beurteilung des Entwöhnungspotentials, jeweils mit komplettem Beatmungsstatus</li> <li>- nicht klar definierter Interpretationsspielraum, der Risiko birgt, dass Parameter, deren Erhebung ggf.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a).</p> <p>§ 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) enthält eine Liste von Aspekten, die bei beatmeten Versicherten im Rahmen der Erhebung insbesondere erhoben werden sollen. Dies bedeutet, dass es sich bei dieser Liste weder um eine abschließende Aufzählung handelt, noch dass in jedem Fall zu allen Aspekten zwingend eine Erhebung und Dokumentation erfolgen muss.</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>aufwändiger oder komplizierter ist, unterlassen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu unkonkret</li> </ul>		
<p>c) Ablehnung Position-„Sollen...erhoben werden“ mit Ergänzungsvorschlag:</p> <p><i>„Liegen konkrete Gründe vor, die gegen eine Entwöhnung oder Dekanülierung sprechen, kann von einzelnen Befunden zum Beatmungsstatus und Beatmungsentwöhnungspotenzial abgesehen werden.“</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>	<p>Siehe Zeile d) zu Satz 1</p>
<p>d) Generell soll hier auf einzelne Aufzählung verzichtet werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- einzelne Aufzählungen sind in den Leitlinien der Fachgesellschaften aufgeführt</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die an dieser Stelle aufgeführten Befunde, die für die Beurteilung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning), erhoben werden sollen, orientieren sich inhaltlich an Beschreibungen, die im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 1-717 (Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials) in der Version 2021 und 2022 vorgenommen wurden.</p>	

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Das Verfahren der Erhebung des Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials wurde gemäß gesetzlichem Auftrag neu in den Prozess der Verordnung von außerklinische Intensivpflege integriert. Für die Vergleichbarkeit der Umsetzung und Ergebnisse der Erhebung ist die Festlegung der wichtigsten Kriterien (nicht abschließende Liste) erforderlich.	
e) Ergänzung zu 3. <i>„Hierzu sind die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen“</i>	- Überwachungsmöglichkeiten der AKI sind limitiert (SpO2 und Herzfrequenz möglich, aber Blut- und Atemgase kaum möglich)	Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	

0. [PatV zusätzlich: Beatmungsindikation]

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung 0 Beatmungsindikation	- (Die Erfassung der Beatmungsindikation ist Voraussetzung für die Bewertung des Beatmungsstatus). Bei Versicherten, bei denen eine Beatmung dauerhaft indiziert ist, muss eine weitere Erhebung von	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c).	Siehe Zeile c).

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>in Absatz 7 aufgeführten Befunden nicht erfolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergibt sich aus Punkt 6, kann aber ausgeführt werden</li> <li>- Nicht bei jede/r Patient*in, der/die Anspruch auf eine Verordnung von AKI hat, liegt eine Indikation zur Beatmung vor.</li> <li>- Dies macht allerdings nur dann Sinn, wenn sich über die Indikation Konsequenzen für weitere Potentialerhebung derart ergeben würden, dass in den Fällen, mit einem Entwöhnungspotential auf Grundlagen dieser Indikation nicht mehr zu rechnen ist, die Potentialerhebung hiermit beendet ist. Dies würde Zum Beispiel bei ALS Patienten, so wie bei vielen anderen Versicherten zutreffen.</li> </ul>		

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bei Kindern und Jugendlichen, die aufgrund von spezifischen chronisch fortschreitenden Krankheitsbildern wie beispielsweise Muskeldystrophie dauerhaft bis an das Lebensende eine Beatmung benötigen und bei denen ein Entwöhnungspotenzial nicht gegeben ist, sind nicht bei jeder Erhebung alle im Absatz 7 aufgeführten Befunde zu erheben.</li><li>- die medizinische Indikation ist die fachliche und ethische Grundlage jedweder ärztlichen Behandlung (Neitzke 2014). Eine Richtlinie sollte inhaltlichen Minimalanforderungen ordnungsgemäßer Diagnose und Therapie Rechnung tragen. Es muss daher am Anfang jeder klinischen Kontrolle folgendes festgestellt werden: Beatmungsindikation. Wenn diese</li></ul>		

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	<p>nicht (mehr) vorliegt, ergibt sich daraus automatisch ein Beatmungsentwöhnungspotential.</p>		
<p>b) Zustimmung 0 Beatmungsindikation und zusätzlich:  Zusätzlich dazu sollen, falls vorhanden, relevante Daten aus der telemonitorischen Begleitung erfasst werden.</p>	<p>- Therapieverläufe und -optionen sowie Potenziale sind besser einzuschätzen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile c).</p>	<p>Siehe Zeile c).</p>
<p>c) Zusätzlich:  0. Beatmungsindikation insbesondere im Hinblick auf Diagnosen und Erkrankungsverläufe, bei denen kein Potenzial für ein Weaning zu erwarten ist.</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  Das Item „(Klinische) Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat“ inkludiert bereits diesen Aspekt.</p>	<p><b>Änderung PatV:</b>  In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) Satz 1 wird das Item „0. Beatmungsindikation“ gestrichen.  <b>Änderung KBV, GKV-SV, PatV:</b>  In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) Satz 1 wird das Item „Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<i>Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat“ um die Wörter „Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, die eine Entwöhnung verhindern bzw. die Spontanatmungszeit begrenzen;“ ergänzt.</i>

1. Erhebung folgender Kriterien:

- a) Atemmechanik (z.B. Hustenstoß, Sekretion),

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
1. a) Absaugpflicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atemmechanik und Hustenmechanik sind zweierlei. Zwar benötigt es zum Husten auch eines inspiratorischen Volumens (Einatemmechanik). Die Hustenkraft wird aber von Bauchpresse (und eben nicht wie vielfach geglaubt durch das Zwerchfell) generiert. Der Begriff "Absaugpflicht" fasst alles zusammen, nämlich das Unvermögen, aus eigener Kraft Sekret oder Fremdmaterial aus den unteren Atemwegen zu beseitigen.</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	<p><b>Änderung KBV, GKV-SV, PatV:</b></p> <p>In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) Satz 1 wird der Klammerzusatz „(z.B. Hustenstoß, Sekretion),“ ersetzt durch das Item „Hustenstoß und Sekretmanagement;“</p>

b) Häodynamischer Status (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz) sowie

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
1. b) -streichen-	- Blutdruck und Herzfrequenz sind zwar ganz interessant, gehören hier aber nicht her	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Der Einschätzung wird nicht gefolgt.	Keine Änderung

c) **[DKG: Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)]**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Am Ende von Satz 1 Punkt 1 müssen noch zwei weitere Kriterien erhoben werden:</p> <p><i>1. d) Spontanatempotenzial in Minuten</i></p> <p><i>e) Krisenfestigkeit der Spontanatmungsphasen bei intermittierender Beatmung im Falle z.B. von Infekten</i></p> <p>Bei Bedarf könnte unter 1. d) ergänzt werden: <i>„...zur Risiko einschätzung und zum zusätzlichen Personalbedarf bei elektiven kritischen Maßnah-</i></p>	- 1. d) und e) dokumentiert die Heterogenität von Beatmungspflicht und auch die Flüchtigkeit von Potenzial, es gibt (k)einen geradlinigen Weg, die Beatmung und die Kanüle so schnell als bald loszuwerden	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Bei den aufgeführten Items wurden die für die Krankenhausbehandlung definierten Inhalte der Potenzialbeurteilung aus dem OPS 1-717 übernommen, um eine auf einheitlichen Kriterien basierende Beurteilung unabhängig vom Sektor zu gewährleisten. Die hier angesprochenen Aspekte werden in den Punkten 8 und 9 mitberücksichtigt und bedürfen keiner gesonderten Erwähnung.</p> <p><b>KBV, GKV-SV, PatV:</b></p> <p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>DKG:</b> Keine Änderung</p> <p><b>Änderung KBV, GKV-SV, PatV:</b></p> <p>In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) Satz 1 wird das Item „Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke,“</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
<p><i>men wie Wechsel der Beatmungs-schläuche und der Trachealkanüle“.</i></p> <p>Unter 1. e) ... bis hin zum vorübergehenden Aussetzen der Spontanatemphasen“</p>			<p>um die Wörter „durchschnittliche Nutzungszeit pro Tag und Spontanatmungszeit inkl. deren Verhinderungsgründe);“ ergänzt.</p>
<p>b) Zustimmung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergänzung: Grundsätzlich sollte erhoben und dokumentiert werden, welche konkreten Parameter die Spontanatmung verhindern. So wird deutlich, warum die oder der Versicherte nicht entwöhnt werden kann</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a).</p>	<p>Siehe Zeile a).</p>
<p>c) Ablehnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Sedierung, die diesen Score erfordert, kennen wir in der außerklinischen Intensivpflege nicht</li> <li>- Patienten im ambulanten Sektor werden nicht bewusst sediert, um sie länger zu beatmen</li> </ul>	<p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bei den aufgeführten Items wurden die für die Krankenhausbehandlung definierten Inhalte der Potenzialbeurteilung aus dem OPS 1-717 übernommen, um eine auf einheitlichen Kriterien basierende Beurteilung unabhängig vom Sektor zu gewährleisten.</p>	<p><b>DKG:</b> Keine Änderung</p> <p><b>Änderung KBV, GKV-SV, PatV:</b></p> <p>In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) Satz 1 wird das Item „Sedierungs- und Schmerzstatus“ er-</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
		<p><b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p>setzt durch „Dyspnoe-, Bewusstseins- und Schmerzstatus;“</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahl der Art der Statusdokumentation sollte nicht explizit vorgegeben werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	
<p>d) Ergänzung: <i>1. c) Wachheit- und Kooperationsfähigkeit des Patienten (z.B. Richmond-Agitation-Sedation-Score, Schmerzskala NRS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insgesamt ist mehr als nur die Sedierung zu berücksichtigen</li> <li>- Auch Aspekte der Übererregung (z.B. Delir) müssen erfasst werden</li> </ul>	<p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c). <b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Siehe Zeile c).</p>	<p>Siehe Zeile c)</p>
<p>e) Änderungsvorschlag <i>Schmerzstatus, Dyspnoescore Vor 2.: Schluckdiagnostik, Aspirationsbeurteilung, Beurteilung der Dekanülierungsfähigkeit (u.a. auch Vorliegen einer Trachealstenose, Stimmritzen-parese)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sedierungsscores sind bei außerklinisch beatmeten Versicherten überflüssig, da diese nicht sediert werden.</li> </ul>	<p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c). <b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> siehe Zeile b) Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Siehe Zeile a), c) und siehe Zeile n) zu Satz 1</p>	<p>Siehe Zeile a) und c) und siehe Zeile n) zu Satz 1</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>Nach 2.: <i>Dauer der Spontanatemfähigkeit mit Feststellung der Abbruchkriterien</i></p> <p>Zusätzlich zu 4.: Spontane/ maschinelle Atemfrequenz Zusätzlich: <i>Bewußtseinsstatus, kognitive Fähigkeit zur Mitarbeit.</i></p> <p>Zusätzlich: Hustenstoß, Sekretstatus, erforderliches Sekretmanagement, Mitarbeitsfähigkeit.</p>			
<p>f) Änderungsvorschlag:</p> <p>1. c) <i>Sedierungs- und Schmerzstatus (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c)</p>	<p>Siehe Zeile c)</p>
<p>g) Änderungsvorschlag:</p> <p>1. c) <i>Indikation für eine psychotrope oder analgetische Medikation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entscheidend ist die Indikation, welche geprüft werden muss</li> <li>- Scores helfen nicht, wenn keine Klarheit über die Indikation besteht</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c)</p>	<p>Siehe Zeile c)</p>

c) **[KBV, GKV-SV, PatV: Sedierungs- und Schmerzstatus];**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RASS gehört zur Intensivtherapie: Es ist in der AKI nicht zu erwarten, dass eine kontinuierliche Sedierung durchgeführt wird</li> <li>- Sollte dies der Fall sein, wäre der Weaningprozess zu überprüfen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c) zu <b>DKG Position</b> „Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)“</p>	Siehe Zeile c) zu <b>DKG Position</b> „Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)“
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerade in der AKI aus palliativer Sicht keine ausreichende Nutzung von möglicherweise notwendiger Sedierung, sinnvolle Ergänzung zur Leidensvermeidung</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	
b) Zielführender für diese Patient*innen: neurologisches Assessment wie National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) verwendet werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diese Patient*innen sind eigentlich nicht unter der Gabe von Sedativa → Scores hierfür nicht validiert und inhaltlich nicht geeignet</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c) zu <b>DKG Position</b> „Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)“</p>	Siehe Zeile c) zu <b>DKG Position</b> „Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)“
c) Änderungsvorschlag:]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfassung eines möglichen verringerten Beatmungs-</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	Siehe Zeile a)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p><i>Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke, durchschnittliche Nutzungszeit pro Tag);</i></p>	<p>bedarfs. Zusätzliche Möglichkeit, Punkt 7 des KBV, GKV-SV, PatV zu ergänzen hinsichtlich der Adhärenz</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>	

2. Beurteilung der NIV-Fähigkeit;

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Ergänzung zu 2.</p> <p><i>2. Beurteilung der NIV-Fähigkeit bei gleichzeitiger Indikationsstellung zu Dekanülierung und ggf. Einwilligung zu einem chirurgischen Stomaverchluss;</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Man kann aber nicht jeden unbedingt dekanülieren (wenn z.B. weiter absaugpflichtig, wenn Hustenassistentz nicht funktioniert oder das mit Cough Assist geförderte Sekret sogleich reaspiert wird). Ein stabiles Stoma kann unter NIV nicht vernünftig abgedichtet werden, muss chirurgisch verschlossen werden. Dies muss operationstechnisch möglich sein. Wenn noch Restrisiko für Aspiration besteht, findet sich selten ein Operateur. Und außerdem müssen die Betroffenen so einer OP zustimmen.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile n) zu Satz 1.</p> <p>Bei der Beurteilung der NIV-Fähigkeit im Rahmen der Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials sind die genannten Aspekte inkludiert.</p>	<p>Siehe Zeile n) zu Satz 1</p>

3. Feststellung der Gasaustauschparameter (z.B. pO<sub>2</sub>, pH, pCO<sub>2</sub>, sO<sub>2</sub>) mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO<sub>2</sub>-Messung);

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Änderungsvorschlag:</p> <p>3. Feststellung mit adäquater Diagnostik über das Vorliegen eines hypoxischen, hyperkapnischen oder eines Regulationsversagens;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sollen laut Satz 1 “Befunde zum Beatmungsstatus und Beatmungsentwöhnungspotenzial” gesammelt werden. Hierzu dienen eher die qualitativen Aussagen als irgendwelche Messwerte.</li> <li>- Beim Undine-Syndrom sind die Werte am Tag nämlich prima... Der Terminus des “Regulationsversagens” wurde ergänzt, wohl wissend, dass dies in der S2k Leitlinie “Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017” unter das hyperkapnische Versagen subsummiert wird. Der Mechanismus ist aber ein anderer (eben keine Muskelschwäche), so dass in</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Erhebung umfasst auch die Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat; insofern wird auch der Besonderheit der Diagnostik bei Vorliegen eines hypoxischen, hyperkapnischen oder eines Regulationsversagens Rechnung getragen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	diesem Zusammenhang eine dritte Kategorie sinnvoll ist.		

4. Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz und FiO<sub>2</sub>- oder O<sub>2</sub>-Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist);
5. Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke);

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Änderungsvorschlag:</p> <p>4. <i>Feststellung des Beatmungskonzepts, welches durch unterschiedliche Modi und Einstellungen gewährleistet werden kann;</i></p> <p>5. - kann dann entfallen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essenz dessen, was für die Beantwortung der in Satz 1 genannten Fragestellung nötig ist, sollte in Vordergrund gestellt werden</li> <li>- Die Beatmungskonzepte können durchaus auf verschiedenen Wegen erreicht werden, weshalb die Beatmungseinstellungen und -messwerte nicht weiterhelfen. All die Konzepte geben Antwort auf das Weaningpotenzial.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>§ 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) enthält eine Liste von Aspekten, die bei beatmeten Versicherten im Rahmen der Erhebung insbesondere erhoben werden sollen. Dies bedeutet, dass es sich bei dieser Liste weder um eine abschließende Aufzählung handelt, noch dass in jedem Fall zu allen Aspekten zwingend eine Erhebung und Dokumentation erfolgen muss.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Frage ist auch hier, wie unter 1. d) und e) oben gesagt, ob wir in dem Punkt Details zur Erläuterung einbauen sollten. Der Punkt müsste dann um folgendes ergänzt werden: "... wie Dauerbeatmung, intermittierende Erholungsbeatmung, Atemunterstützung, volumen-konstante Beatmung oder Leckagebeatmung zur Gewährleistung der Sprechfunktion";</li> <li>- Kurze Erläuterung: Eine nächtlich kontrollierte Beatmung zur Erholung der Atemmuskulatur für begrenzte Spontanatmungszeiten am Tag kann mit zwei Programmen (Druckkontrolliert in der Nacht, Druckunterstützt am Tag) oder nur mit Druckunterstützter Beatmung und nächtlich in Anspruch genommener Backupfrequenz erreicht werden. Die</li> </ul>		

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>Datensammlung zeigt dann zwei verschiedenen Modi und schließt im Falle der Druckunterstützung auf höheres Weaningpotenzial als bei der intermittierenden Druckkontrollierten Beatmung.</p>		
<p>b) [Ergänzung zu Punkt 5, neuer Satz 2]. <i>Zusätzlich dazu sollen, falls vorhanden, relevante Daten aus der telemonitorischen Begleitung erfasst werden</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Über die Zuhilfenahme von telemonitorisch erfassten Trenddaten sind Therapieverläufe und -optionen sowie Potenziale besser einzuschätzen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe a)</p>	<p>Keine Änderung</p>

<b>KBV, GKV-SV, PatV</b>
6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es kann sich nur um eine Einschätzung handeln, da vieles auf pers. Erfahrungen beruht (Eine Feststellung wäre abschließend → nicht immer fachgerecht)</li> <li>- Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung</li> <li>- Es gibt immer wieder Entwicklungen, die nicht zu erwarten waren (daher ist „Feststellung“ zu absolut)</li> <li>- Die prognostische Betrachtung der Grund-/ Begleiterkrankung ist wichtig für die „Planung“ der weiteren Versorgung</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

<p>b) Änderungsvorschlag:</p> <p>6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen, der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat, <i>mit daraus resultierender Festlegung, ob aus dem bisherigen Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung zu erwarten ist;</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Bewertung eines Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials umfasst diese Feststellungen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>c) Ergänzungsvorschlag:</p> <p><i>(...) soweit möglich Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, die die Spontanatemkapazität und Schluckfunktion begrenzen.</i></p>	<p>- Die Formulierung (gerne inkl. des ergänzten Zusatzes) macht die Prognose deutlich incl. des Aspekts, warum der Versicherte nicht entwöhnt werden kann.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Bei den aufgeführten Items wurden die für die Krankenhausbehandlung definierten Inhalte der Potenzialbeurteilung aus dem OPS 1-717 übernommen, um eine auf einheitlichen Kriterien basierende Beurteilung unabhängig vom Sektor zu gewährleisten</p>	<p><b>Änderung KBV, GKV-SV, PatV:</b></p> <p>In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) Satz 1 wird das Item „Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat“ um die Wörter „Benennung</p>

			<i>der Funktionsbeeinträchtigungen, die eine Entwöhnung verhindern bzw. die Spontanatmungszeit begrenzen;“ ergänzt</i>
--	--	--	--

DKG
6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt immer wieder Entwicklungen, die nicht zu erwarten waren (daher ist „Feststellung“ zu absolut</li> <li>- Die Feststellung alleine ist nicht ausreichend</li> </ul>	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<p><b>Änderung DKG:</b></p> <p>In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) Satz 1 wird das Item wie folgt gefasst:</p> <p><i>„Klinische Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;“</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>b) Ablehnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es darf bei der Beurteilung nicht nur Erwartung an eine Beatmungsentwöhnung festgestellt werden, vielmehr ist das gesamte Krankheitsgeschehen einzubeziehen</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>Änderung DKG:</b></p> <p>In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) wird nach Satz 1 folgender Satz 2 ergänzt:</p> <p><i>„<sup>2</sup>Die Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials erfolgt unter Berücksichtigung der unter 1. bis 10. erhobenen Befunde und Aspekte.“</i></p>
<p>c) Die beiden Vorschläge sollten zusammengefasst werden.</p>		<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	

7. **[KBV, GKV-SV, PatV: Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten];**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	
b) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für eine solche Entscheidung fehlen objektive Messmethoden und Parameter, so dass am Ende eine subjektive Einschätzung auch zu einer Fehleinschätzung führen kann</li> <li>- Fähigkeit zur Adhärenz ist krankheits- und tagesformabhängig und sollte auf Grundlage längerfristiger Betrachtung (z.B. durch Pflegeberichte) erfolgen</li> <li>- Bei einigen akuten wie auch chronischen Erkrankungen (z.B. Depression) ist eine solche Erfassung nicht möglich</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich:</b> In diese Einschätzung werden im Rahmen einer differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung auch Befunde, Pflegeberichte, Begleiterkrankungen etc. einbezogen, so dass auch eine längerfristige Betrachtung erfolgt.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>c) Alternativvorschlag: Einschätzung des Regenerationspotenzials und bei prinzipiell kooperationsfähigen Patient*innen der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weaning- und oder Trachealkanülen-Entwöhnungspotenzial ist auch bei schwer qualitativ bewusstseinsgestörten Personen zu bewerten</li> <li>- Feststellung „nicht kooperativ / Therapie-adhärenz“ darf nicht zu Nachteilen für den/die Patient*in führen, denn auch hier sind therapeutische Fortschritte (z.B. organfunktionsbezogene) möglich</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich:</b> Unter § 5 Absatz. 8 wurden neben medizinischen Aspekten auch die Lebensqualität des Patienten etc. berücksichtigt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Ergänzung: <i>...anhand vorliegender Fallbesprechungsprotokolle des multiprofessionellen Teams der versorgenden Einrichtung sowie der Situation des betroffenen Menschen angepassten Erhebungsassessments wie z.B. der EVA Skala.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlage weiterer Entscheidungen sollten immer die Fallbesprechungen zwischen Arzt/Ärztin, Pflegenden und Therapeuten sein</li> <li>- Casemanagement der Kostenträger sollte zumindest an einer den Punkt betreffenden Fallbesprechung teilgenommen haben</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>In § 12 (ehemals § 10) bereits geregelt.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entscheidung „nach Aktenlage“ seitens der Kostenträger nicht mehr ausreichend</li> </ul>		
<p>e) Hinweis: Einbeziehung der <b>Tagesform, des Alters, des Entwicklungsstandes, der Grund- und Begleiterkrankungen</b> sowie der <b>kognitiven und sozialen Potenziale</b></p> <p>Adhärenz ist ein multidimensionales Konstrukt</p> <p>Adhärenz kann bei dieser Gruppe nur unter Einbeziehung der <b>Tagesform, des Alters, des Entwicklungsstandes, der Grund- und Begleiterkrankungen</b> sowie der <b>kognitiven und sozialen Potenziale</b> beurteilt werden.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich:</b> Unter § 5 Absatz 8 wurden neben medizinischen Aspekten auch die Lebensqualität des Patienten etc. berücksichtigt.</p>	Keine Änderung
<p>f) Ergänzung:</p> <p>zusätzlich: ... bzw. ihres oder seines Stellvertreters, insbesondere bei Nichteinwilligungsfähigkeit, sind zur Mit-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adhärenz, Compliance und Anleitungserfolg sind von persönlicher Ansprache, Qualität, Art und Umfang sowie von der individuel-</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Informationsquelle wird nicht angegeben. Dabei kann es sich auch um Zu- und Angehörige sowie vertrautes Fachpersonal handeln.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>wirkung nicht nur beizuziehen, sondern auch durch angemessene Fachberatung und Anleitung durch geeignetes Fachpersonal konkret zu befähigen. Entsprechende Gespräche und Maßnahmen sind hinsichtlich Inhalte, Art, Umfang und Zeitpunkt zu dokumentieren. Das Protokoll ist den zuständigen Rechtspersonen auszuhändigen.</p>	<p>len Gesundheitskompetenz (health literacy) abhängig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Durch geeignetes ärztliches/pflegerisches/therapeutisches Fachpersonal zu fördern</li> </ul>		

8. [KBV, GKV-SV, PatV: Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr komplex: zur Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes ist eine umfassende Aufklärung erforderlich, in der Möglichkeiten und Grenzen aufgezeigt werden können</li> <li>- Patientenwille ist entscheidend</li> <li>- Es soll abgewogen werden, welche Behandlungen tatsächlich erwünscht sind (möglichst unter Nutzung struktureller Assessments)</li> <li>- Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung</li> <li>- Selbstbestimmung</li> <li>- Zustimmung, insbesondere im Zusammenhang mit §132g SGB V</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
<p>b) Ablehnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht Aufgabe des Arztes im Rahmen des medizinischen Versorgungsauftrages.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>DKG: Änderung:</b></p> <p>In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7 Satz 1 wird das Item als Nr. 10 wie folgt ergänzt:</p> <p>„Evaluation des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs).“</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (mutmaßlicher) Patientenwille wird initial erfasst und sich nicht von Potenzialerhebung zu Potenzialerhebung verändern / Ethisch unzumutbar</li> </ul>	<p><b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Die Feststellung des (mutmaßlichen) Patientenwillens stellt einen wesentlichen Aspekt (nicht nur) im Rahmen der Potenzialerhebung dar.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es existieren z.Zt. keine evidenzbasierten oder allgemein anerkannten Systeme zur strukturierten Ermittlung des Patientenwillens oder strukturierten Erhebung der Lebensqualität</li> <li>- Die Anforderungen unterschreiten damit das gesetzliche Qualitätsgebot des § 2 Absatz 1 S. 3 SGB V und sind bereits deshalb unzulässig</li> </ul>	<p>Im Sinne der Selbstbestimmung des Versicherten ist es wünschenswert, dass er oder sie ihren bzw. seinen Willen (bzgl. der Behandlungswünsche und Präferenzen) im Voraus äußert.</p> <p><b>DKG zusätzlich:</b> Bei den aufgeführten Items wurden die für die Krankenhausbehandlung definierten Inhalte der Potenzialbeurteilung aus dem OPS 1-717 übernommen, um eine auf einheitlichen Kriterien basierende Beurteilung unabhängig vom Sektor zu gewährleisten.</p>	
<p>c) Ergänzung: Bei Bedarf strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht bei jeder Erhebung erforderlich (z.B. bei Versicherten, die seit dem Kindesalter auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) enthält eine Liste von Aspekten, die bei beatmeten Versicherten im Rahmen der Erhebung insbesondere erhoben werden sollen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedarf besteht beispielsweise bei einer anhaltenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes, bei geplanter Veränderung der Lebenssituation oder des Lebensumfeldes oder wenn die Ermittlung von einem an der Versorgung beteiligten ärztlichen oder nichtärztlichen Leistungserbringer oder vom Versicherten oder seinen rechtlichen Vertretern verlangt wird</li> </ul>	<p>Dies bedeutet, dass es sich bei dieser Liste weder um eine abschließende Aufzählung handelt, noch dass in jedem Fall zu allen Aspekten zwingend eine Erhebung und Dokumentation erfolgen muss.</p> <p><b>DKG zusätzlich:</b> siehe Zeile b)</p>	
<p>d) Hinweis: Es muss konkreter gefasst werden, welches Assessment zu verwenden ist</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Wahl eines angemessenen Assessmentinstruments wird den potenzielleinschätzenden Ärzten überlassen.</p>	Keine Änderung
<p>e) Anmerkung: Mit welcher Konsequenz wird in der Langzeitpflege alle 6 Monate der mutmaßliche Patientenwillen erhoben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auch ohne Punkt 8 wird in der Langzeitpflege in entsprechenden Situationen der Patientenwillen berücksichtigt</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Damit soll die obligate und regelmäßige Überprüfung des (mutmaßlichen) Patientenwillens sichergestellt werden.</p>	Keine Änderung
<p>f) Ergänzung /Konkretisierung:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sollte sichergestellt werden, dass der Patienten*in objektiv</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<i>...Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens unter Einbezug des potential-einschätzenden Arztes.</i>	über Risiken und lebens-ust-lange Folgen bei Kanülie-rung/Beatmung informiert und ihm Chancen der Entwöhnung vor seiner Willensentscheidung bekannt sind		

[KBV, GKV-SV zusätzlich: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)];

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wesentliche Komponente bei der Überprüfung der Indikation der Therapiemaßnahmen</li> <li>- Ein Ethik-Fallgespräch kann bei bestimmten Krisensituationen, z. B. bei einer möglichen Beendigung der Beatmung angezeigt sein</li> <li>- Ein Ethik-Fallgespräch ist nicht-regelhaft, aber ggf. notwendig, vor allem bei einer möglichen Beendigung der Beatmung</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insbesondere bei Situationen, die lebensbeendend sind, muss diese Möglichkeit eröffnet werden. Ein Patient/ Versicherter muss auch sterben dürfen.</li> <li>- Für Versicherte, welche nicht mehr in der Lage sind, den eigenen Willen zu äußern, ist ein Ethik-Fallgespräch ein sehr gutes Instrument, um zu begründbaren Entscheidungen zu gelangen</li> </ul>		
<p>b) Ablehnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sofern der/die Patient*in nicht im Fokus steht, keinen barrierefreien Zugang zum Ethik-Fallgespräch hat (Gebärdendolmetschung, Dolmetschung, Leichte Sprache) und voll partizipiert: Ablehnung</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Zu strukturierten Ermittlung des Patientenwillens gehören sowohl die Sichtweise der oder des Versicherten zur Fortführung oder Anpassung der Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege, als auch zur Durchführung der Beatmungsentwöhnung. Die erhobenen medizinischen Befunde sowie der (mutmaßliche) Patientenwille fließen in die Beurteilung des Weaning-/Dekanülierungspotenzials und deren Umsetzung ein.</p> <p>Die Umsetzung im Detail ist nicht Regelungsgegenstand der Richtlinie.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ethik-Fallgespräche: unterschiedliche Handhabung → zunächst einheitliche Regelung erforderlich / keine evidenzbasierte Systeme oder allgemein anerkannte Systeme zur strukturierten Ermittlung des Patientenwillens oder strukturierten Erhebung der Lebensqualität</li> </ul>	s.o.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unnötige und unpräzise Ergänzung</li> </ul>	s.o.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht Aufgabe des Arztes im Rahmen des medizinischen Versorgungsauftrages.</li> <li>- Wesentliche Grundprinzipien der UN-BRK wie Selbstbestimmung, Partizipation, Barrierefreiheit werden in der bisherigen Praxis der Ethik-Fallgespräche nicht umgesetzt.</li> </ul>	s.o.	
<p>c) Ergänzung: <i>An diesem Fallgespräch sollen auch im (mittelfristigen)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallgespräch kann sinnvoll sein, um die Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes zur ermöglichen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<i>Weaning erfahrene Ärztinnen oder Ärzte teilnehmen.</i>	- Wichtig: Fachexpertise ist einzubeziehen		
d) Anmerkung: Nicht über den Kopf der Sorgeberechtigten/Betreuer und jungen Patienten	- Für Patienten psychosoziale Beratung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)	Keine Änderung
e) Hinweis: Hinzuziehung der SAPV Teams	- Einberufung durch SLT ist abzulehnen, da klare Befangenheit anzunehmen ist und damit die Zielsetzung „Wahrung der Patientenwürde“ nicht im Vordergrund steht (Verweis auf (Neitzke G, Burchardi H, Duttge G et al. [Limits of the meaningfulness of intensive care medicine: Position paper of the Ethics Section of DIVI]. Med Klin Intensivmed Notfmed 2016; 111: 486-492)	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)	Keine Änderung
f) Ergänzung: <i>ggf. unter Einbezug eines Ethikkomitees bzw. Ethik-Fallgesprächs unter Beteiligung aller verantwortlichen Akteure einschließlich</i>	- Ethikkomitee bzw. Ethik-Fallgespräch unter Beteiligung aller Verantwortlichen Akteure führt in den meisten Fällen zu einer konsentierten Entscheidung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p><i>der/des Versicherten und/oder Stellvertretung. Das Ergebnis ist zu dokumentieren und alle Beteiligten auszuhändigen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentation und Aushändigung des Ergebnisprotokolls stärken ethische Rechtsverantwortung und das wechselseitige Vertrauen, schützt vor Missverständnissen und Konflikten</li> </ul>		

9. **[KBV, GKV-SV, PatV: Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
<p>a) Zustimmung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebensqualität für dieses Klientel von besonderer Bedeutung (s.a. Ziele der AKI)</li> <li>- Wesentliche Komponente bei der Überprüfung der Indikation der Therapie-maßnahmen</li> <li>- Lebensqualität stellt das entscheidende Kriterium für alle Interventionen dar</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Zustimmung mit Ergänzung: in der Formulierung sollte sich niederschlagen, dass es um die subjektive Lebensqualität geht und den Wertungen der betroffenen Person bei der Erhebung maßgebliches Gewicht beizumessen ist</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entscheidend ist die subjektive Lebensqualität und nicht allein, ob bestimmte objektiv feststellbare Voraussetzungen vorliegen.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Die regelmäßige Erhebung dient bei Versicherten, bei denen die Beatmung aufgrund einer anhaltenden oder fortschreitenden Grunderkrankung dauerhaft indiziert ist, insbesondere der Therapieoptimierung zur Verbesserung der <u>gesundheitlichen</u> Lebensqualität.</p> <p>Hierdurch soll die Patientenperspektive in die Therapiebewertung eingebracht werden, die durch objektive Parameter nicht adäquat abgebildet wird.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		Lebensqualität ist ein multidimensionales Konzept, das auch subjektive Komponenten umfasst.	
<p>c) Zustimmung, aber: jedoch ist die Festlegung auf ein Assessmentinstrument zu bedenken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konkretes Assessment</li> </ul>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Auf eine Festlegung wird aufgrund der Heterogenität der Patientenspopulation bewusst verzichtet.</p>	<p><b>Änderung GKV-SV, KBV:</b></p> <p>In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) werden die Wörter „mit geeigneten Verfahren“ gestrichen</p>
<p>d) Nachfrage:</p> <p>Wie soll bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, die sich in einem Zustand des minimalen Bewusstseins befinden, die Lebensqualität erhoben werden?</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Die Selbsteinschätzung zur Lebensqualität von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen ist erschwert. Z.B. Zu- und Angehörige fühlen sich oft imstande durch Merkmale wie z.B. entspannte Mimik, ruhiges Atmen, ruhiger Puls, entspannte Körperhaltung das Wohlbefinden einzuschätzen.</p>	
<p>e) Alternativvorschlag:</p> <p>„dialogische Erhebung der subjektiven Lebensqualität der oder des Versicherten unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siehe Begründung in TG</li> <li>- Subjektive Lebensqualität lässt sich nicht durch einen standardisierten Fragebogen erfassen, sondern muss in einem vertrauensvollen Gespräch erörtert</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>PatV:</b> Die psychosozialen Faktoren finden bei der Erhebung der Lebensqualität implizit Berücksichtigung.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	werden (Schwerpunkt auf Bedarfe der betroffenen Person)		
<p>f) Alternativvorschlag: <i>systematische und strukturierte Selbsteinschätzung der subjektiven Lebensqualität, sofern dies durch den oder die Betroffene möglich ist</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine ausreichenden Instrumente vorhanden, um individuelle Lebensqualität messbar zu machen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	Keine Änderung
<p>g) Problem der hier externen Bewertung des multidimensionalen Konstruktes „Lebensqualität“ auch und besonders bei Kindern und Jugendlichen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	Keine Änderung
<p>h) Hinweis: Lebensqualität eines Menschen ist nicht von einer anderen Person definierbar: Nur Selbsteinschätzung darf zulässig sein</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebensqualität ist sehr subjektiv, keine Sicherstellung der korrekten Erfassung</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. <b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein relevantes Kriterium insbesondere bei der Frage der Therapieoptimierung. Hinweise aus den Gesprächen mit den Versicherten und den Angehörigen können hierzu wichtige Hinweise geben. Zur systematischen Einschätzung der Lebensqualität gibt es in der Praxis erprobte Assessmentverfahren, die</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		hier auch genutzt werden können (z.B. Fragebogen zur Befindlichkeit bei schwerer respiratorischer Insuffizienz, Severe Respiratory Insufficiency Questionnaire, SRI)	
i) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wird nicht erklärt und ist nicht Gegenstand der Richtlinie, auf welchen wissenschaftlichen Grundlagen eine solche Erhebung durchgeführt werden kann.</li> <li>- auf welcher Basis ist ein Mediziner qualifiziert, diese Daten nach welchen Methoden und mit welcher Zielsetzung zu erheben</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe h)	Keine Änderung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nur in Einzelfällen möglich. Bei schwerst neurologisch eingeschränkten Menschen gelingt sie nicht valide und sollte deshalb <b>empfohlen aber nicht gefordert</b> werden.</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe d und h)	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine geeigneten /evidenzbasierte Instrumente, um Lebensqualität im ambulanten Bereich zu messen</li> <li>- Die Anforderungen unterschreiten damit das gesetzliche Qualitätsgebot des § 2 Absatz 1 S. 3 SGB V und sind bereits deshalb unzulässig</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>siehe h)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>j) Änderungsvorschlag:</p> <p><i>9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Nutzung Entwicklungs- und kindgerecht angepasster Assessment-Instrumente und unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren.“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen werden durch andere Aspekte erreicht als bei Erwachsenen</li> <li>- Kindgerechtes Assessmentinstrument ist unabdingbar</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>siehe h)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>k) Ergänzung:</p> <p><i>Durch standardisierte und wissenschaftlich evaluierte Fragebögen. Die Teilnahme muss auf freiwilliger Basis erfolgen.</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>siehe h)</p>	<p>Keine Änderung</p>

**[PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren]**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Zustimmung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuelle strukturierte Erhebung der Lebensqualität setzt umfangreiches Assessment voraus: kann insbesondere bei Versicherten, die seit dem Kindesalter chronisch auf intensiv-med. Versorgung angewiesen sind, bei regelmäßiger Durchführung belastend sein</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	<p>Siehe Zeile b)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für die Lebensqualität spielen psychosoziale Faktoren große Rolle</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obwohl Lebensqualität alle Dimensionen des Lebens betrifft, ist explizite Benennung der psychos. Faktoren eine Verstärkung</li> </ul>		

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>b) Ablehnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Begriff „Lebensqualität“ sollte diese Betrachtung enthalten sein; nochmalige Herausstellung impliziert eher, dass man auf ein ggf. Fortschreiten des Heilungsprozesses verzichtet, um umfangreiche Pflegeleistungen zu erhalten</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychosoziale Faktoren spielen bei Beurteilung der Lebensqualität ohnehin große Rolle</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr allgemein, bietet keinen Inhalt und ist entbehrlich</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Punkt 9 Streichen: Beurteilung von Lebensqualität höchst individuell, geeignete Messinstrumente und psychosoziale Faktoren werden wiss. Kontrovers diskutiert</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt.</p>	<p><b>Änderung PatV:</b> In § 5 Absatz 6 (ehemals § 3 Absatz 6/7) werden die Wörter „unter Berücksichtigung psychosozialer</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<i>Faktoren</i> “ gestrichen
<p>c) Änderungsvorschlag: <i>Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren sowie der Möglichkeiten der Teilhabe und ihrer Förderung.“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begriff der Lebensqualität ist für diese Patientengruppe unscharf und wenig definiert</li> <li>- Lebensqualität wird entscheidend durch die Möglichkeiten zur Teilhabe beeinflusst (diese sind daher einzubeziehen)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile h) „<i>Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität</i>“</p>	Keine Änderung
<p>d) Ergänzung: <i>„... und unter Berücksichtigung individueller, persönlicher und familiärer Faktoren und Angaben zur individuellen Wertvorstellung persönlichen und Lebenseinstellung. Eine Dokumentation ist Pflicht“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Erhebung d. Lebensqualität einer Person im Sinne von Selbstbestimmung sind grundsätzlich neben der objektiven med. Einschätzung die subjektive Selbsteinschätzung und die intersubjektiv wahrgenommene Einschätzung der Lebensqualität zu berücksichtigen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe h) „<i>Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität</i>“</p>	Keine Änderung



**[GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren];**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
a) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geeignete Verfahren müssen jedoch benannt / beschrieben werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c zu „Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität“</p>	Keine Änderung
b) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Verfahren geeignet sind, müsste spezifiziert werden</li> <li>- Unklar, was damit gemeint ist</li> <li>- Ist völlig unbestimmt</li> <li>- Punkt 9 Streichen: Beurteilung von Lebensqualität höchst individuell, geeignete Messinstrumente und psychosoziale Faktoren werden wiss. Kontrovers diskutiert</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c und h zu „Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität“</p>	Keine Änderung
c) Änderungsvorschlag: mit <del>geeigneten</del> <u>folgenden genehmigten und finanzierten</u> Verfahren:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verfahren müssten klar benannt werden, die genehmigt, finanziert und in den Einrichtungen angewendet werden können</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c zu „Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität“</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>(Hier vom GbA eine Aufzählung der finanzierten und von den Prüfinstanzen genehmigten Verfahren einfügen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- G-BA soll prüfen, ob die genehmigten und finanzierten Untersuchungen von den Prüfinstanzen (Kostenträger / MD) auch anerkannt sind</li> </ul>		
<p>d) Hinweis: Verfahren bitte nennen]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insb. Für chronisch kranke häufig mehrfachbehinderte Kinder, Jugendliche u. junge Erwachsene - geeignete Verfahren fehlen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c zu „Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität“</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Ersetzen durch: <i>„Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit nach § 3 Absatz 4 bzw. 5“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Selbstbestimmungsrecht der vulnerablen Gruppe der intensivpflegebedürftigen Menschen muss explizit im Zusammenhang mit der Erstellung der Verordnung für außerklinische Intensivpflege durch qualifizierte Beratung und Begleitung gewährleistet werden</li> <li>- Im ambulanten Bereich sollte den Versicherten die Expertise von Fachkräften der Sozialen Arbeit des Öff-</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c zu „Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität“</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>fentlichen Gesundheitsdie- ses (z.B. Gesundheitsamt) oder von Pflegestützpunk- ten genutzt werden</p>		
<p>f) Vorschlag:  Ergänzung um Vorschläge zur Erhebung der Lebensqualität auch durch geeignete Fremd- anamnestische Fragebögen zur Erfassung der Lebensqua- lität  Bei mitteilungsfähigen Versi- cherten z.B. SRI, SF-36  Bei nicht mitteilungsfähigen Versicherten z.B. EQ-5D (-5L) für Pflegekräfte.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile c zu „Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität“</p>	<p>Keine Änderung</p>

10. **[KBV, GKV-SV, PatV: Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde].**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung	- Als Zusammenfassung der o.g. Befunde sinnvoll	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	

DKG, KBV, PatV zusätzlich
<p>(7) bzw. (8)</p> <p>Erfolgt die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen gemäß § 3 Absatz [DKG: 5] [KBV, PatV: 6] im Rahmen des Entlassmanagements, richtet sich diese nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen diesbezüglichen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) OPS-Ziffer 1-717.- einfügen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- um Missverständnissen vorzubeugen.</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 5 Absatz 7 (ehemals § 3 Absatz 7/8) werden die Kriterien des OPS 1-717 (Version 2022) in die Richtlinie konkret aufgenommen.</p>
b) Ablehnung Bezug auf OPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztlichen Einschätzungen sind immer umfassender und komplexer als eine Abrechnungsgrundlage (OPS) das abbilden kann.</li> <li>- Bei Kindern und Jugendlichen individuelle Einschätzung erforderlich</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a).</p> <p>Durch das GKV-IPReG wurde neben dem § 37c SGB V auch der § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V eingefügt. Demnach gehört zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung</p>	<p>Siehe Zeile a).</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- § 301 und § 295 SGB V haben einen anderen Regelungsgehalt (insb. Abrechnung, Statistik) als § 37 und § 37 c SGB V (insb. ärztliche Behandlung und Behandlungsspflege) und andere Zuständigkeiten bei zudem anderen Beteiligten.</li> <li>- Es darf keine Beeinträchtigung der informierten Entscheidung geben</li> <li>- Rechtsunsicherheit</li> <li>- Gleiche Bedingungen ambulant und stationär</li> <li>- keine Gültigkeit für Kinder, die das 14. Lebensjahr</li> <li>- OPS unterliegt fortlaufenden Änderungen, die nicht an der Thematik der außerklinischen Intensivpflege gekoppelt sind.</li> </ul>	<p>zung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten. Auf dieser Grundlage wurde der OPS „1-717 Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials“ eingeführt. Da Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements auch außerklinische Intensivpflege verordnen können, bedurfte es einer Regelung, damit Krankenhäuser keine konkurrierenden Anwendungsvorschriften beachten müssen, wenn es um die konkreten Inhalte der Erhebung geht. Daher hat der G-BA aus Gründen der Rechtssicherheit und -klarheit geregelt, dass bei Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements die Kriterien des vorgenannten OPS (Version 2022) Anwendung finden, wenn es um die konkreten Prüfinhalte der Erhebung geht. Die Anwendung der Kriterien des OPS im Entlassmanagement durch die Krankenhäuser wird den Anforderungen an die Erhebung vor dem Hintergrund der im Krankenhaus bestehenden klinischen Ausgangssituation und technischen Voraussetzungen inhaltlich gerecht.</p>	
c) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es muss eine Synchronisierung des OPS mit der AKI-RL geben,</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).</p>	Siehe Zeile a).

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- begrenzter Zeitraum der Verordnung</li> <li>- zeitaufwändige bürokratische Abgleiche werden vermieden und eine Konsistenz des Leistungsgeschehens erreicht.</li> </ul>		

(8) bzw. (9)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) „nicht beatmet“ streichen  <i>„bei beatmeten sowie...“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sonst würde bei tracheotomierten beatmeten Patienten keine Schluckdiagnostik erfolgen</li> <li>- Die nachfolgenden Parameter müssen bei allen trachealkanülierten Versicherten erhoben werden, auch wenn diese beatmet sind. In §3 Absatz 5 bzw. 6 ist das auch so vorgesehen.</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>Änderung PatV, KBV, GKV-SV:</b></p> <p>In § 5 (ehemals § 3) werden für die Erhebung der beatmeten Versicherten in Absatz 6 (ehemals Absatz 6/7) folgend e Erhebungsparameter ergänzt:</p> <p><i>„14. Standardisiertes Aspirationscreening;</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p>15. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]);</p> <p>16. Sitz und Funktion der Trachealkanüle.“</p> <p><b>Änderung DKG:</b></p> <p>In § 5 (ehemals § 3) wird für die Erhebung der beatmeten Versicherten in Absatz 6 (ehemals Absatz 6/7) folgender Satz ergänzt:</p> <p>„Bei beatmeten Versicherten, die sich bereits in der außerklinischen Intensivpflege befinden und bei denen eine Erhebung im Vorfeld einer Folgeverordnung notwendig ist, sollen, sofern nicht</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			bereits im Zusammenhang mit der Prüfung der Kriterien 1. bis 10. erhoben, der Sitz und die Funktion der Trachealkanüle und das Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung geprüft werden.“
b) Absatz streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für die Prognose betroffener Patienten ist es günstiger, wenn die Trachealkanüle entfernt und das Tracheostoma verschlossen wird (vgl. Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie)</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Inhaltlich nicht nachvollziehbar.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
c) Vorrang ambulante Erhebung, Kostenträger muss erforderliche Technik der Erhebung finanzieren.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Ist nicht Regelungsinhalt der Richtlinie.	Keine Änderung
d) Klarstellen, welche Parameter der Therapieoptimierung dienen und welche der Erhebung des Entwöhnungspotenzials.	- Menschen ohne Entwöhnungspotenzial darf nur das zugemutet werden, was erforderlich ist, um ihre Situation zu verbessern.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Alle Parameter dienen als Grundlage für notwendige ärztliche Maßnahmen, einschließlich der Therapieoptimierung.	Keine Änderung
e) informierte persönliche Entscheidungen vor Untersuchung ermöglichen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die ärztliche Aufklärungspflicht über die Untersuchungs- sowie Behandlungstherapie incl. alternativer Therapien ist grundsätzlich gegeben.	Keine Änderung
f) bei nicht beatmeten, tracheotomierten Patienten, 1. „Atemwegsanatomie“ – hier muss konkret eine Endoskopie gefordert werden mit: Beurteilung pharyngealer Engen; (in Kombination mit 10.) Prüfung der laryngealen Sensibilität; der vollständigen Öffnung		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Erhebungsparameter orientieren sich an den diesbezüglichen Inhalten einschlägiger Leitlinien (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie DGN). (2020), Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie. Langfassung   AWMF-Registernummer 030-111). <sup>4</sup>	Keine Änderung

4 Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Neurogene Dysphagie; S1-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 030-111. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 14.06.2021]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/030-111\\_Neurogene-Dysphagie\\_2020-05.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-111_Neurogene-Dysphagie_2020-05.pdf)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>bzw. des Schlusses der Stimmlippen, seitengetreunt; von Narbenstenosen supraglottisch, glottisch, subglottisch; von Trachealstenosen, insbesondere supra-orifiziellen Schürzenbildungen, Stufen der Trachealhinterwand und Instabilitäten der Trachealseitenwand in Höhe des Stomas; Stabilität, Epithelisierungsgrad und Entzündungszustand des Tracheostomas und Ausschluss von Tracheomalazien bzw. Kollaps der Hauptbronchien</p>		<p>Die Umsetzung im darüberhinausgehenden Detail ist nicht Regelungsgegenstand der Richtlinie.</p>	

<sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6] bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten sind insbesondere **[PatV: sind insbesondere sollen folgende Aspekte zu überprüfen [PatV: zu überprüfen überprüft]** und in die Beurteilung einzubeziehen **[PatV: einzubeziehen einbezogen werden]**:

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung Pos. PatV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexibilität</li> <li>- Selbstbestimmung</li> <li>- Handlungsspielraum</li> <li>- Individuell</li> <li>- abgeschlossene Liste</li> </ul>	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<b>Änderung:</b> In Satz 1 wird eine offene Formulierung unter Verwendung des Begriffs „sollen“ gewählt.
b) Ablehnung Pos. PatV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste enthält differenzierte und nachvollziehbare Potenzialerhebung</li> <li>- Weniger verbindlich</li> <li>- Unbegründeter Interpretationsspielraum</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)	
c) Ergänzen um Wachkomapatienten		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Erhebung richtet sich an Versicherte mit Trachealkanüle unabhängig von der Grunderkrankung, die Verordnungsvoraussetzung richtet sich nach der Erfüllung der Kriterien nach § 4 Absatz 1 (ehemals § 3).	Keine Änderung
d) Vorrang ambulante Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Untersuchungen müssen in den betreffenden</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

	<p>Einrichtungen im normalen Lebensumfeld der betroffenen Menschen angeboten werden können um für diese besondere Lebenssituation eine Aussage treffen zu können.</p>	<p>Zu Gunsten der flächendeckenden Versorgung keine allgemeine verbindliche Vorgabe, grundsätzlich ist die Erhebung am Ort der Leistung zur Vermeidung von Belastungen des Patienten zu begrüßen.</p> <p><b>GKV-SV zusätzlich:</b> Der Ort der Potenzialerhebung richtet sich vorrangig nach den individuellen Bedarfen.</p>	
--	---	--	--

1. Atemwegsanatomie
2. Grund- und Begleiterkrankungen einschließlich deren Prognose

PatV, DKG	KBV, GKV-SV
3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	3. Standardisiertes Aspirationsscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])

4. [bzw. 5.] Hustenstoß und Fähigkeit zum Sekretmanagement

DKG	KBV, GKV-SV, PatV
5. Fähigkeit zur Mitarbeit	5. [bzw. 6.] Adhärenz
6. Patientenwillen	6. [bzw. 7.] Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens

7. [bzw. 8.] Bewusstseinsstatus
8. [bzw. 9.] Spontanatmungskapazität

**[KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität]**

**[KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität] [GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren]**

9. [bzw. 11. bzw. 12.] Sitz der Trachealkanüle
10. [bzw. 12. bzw. 13.] Diätetische, logopädische, und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich
<sup>2</sup> Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
<p>a) Ergänzen: <b>0</b> Trachealkanülenindikation</p>	<p>- Indikation ist inhaltlichen Minimalanforderungen ordnungsgemäßer Diagnose und Therapie</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.                      Dekanülierungspotenzials inkl. Indikation ist analog Beatmung zu erheben und dokumentieren</p>	<p><b>Änderung:</b>                      In § 5 (ehemals § 3) wird für die Erhebung der nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten in Absatz 8 (ehemals Absatz 8/9) das Item „Grund- und Begleiterkrankungen einschließlich deren Prognose“ wie folgt gefasst:  <i>„Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Schluckstörung geführt hat und Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, welche eine Dekanülierung verhindern;“</i></p>
<p>Zu 1</p>			

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ergänzen Beurteilung pharyngealer Engen mittels Endoskopie		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Der Aspekt ist bereits in „Atemwegsanatomie“ enthalten.	Keine Änderung
<b>Zu 2</b>			
a) Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, welche eine Dekanülierung verhindern		Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Erhebung und Benennung der Verhinderungsgründe sind wichtig, siehe Zeile a)	siehe Zeile a)
<b>Zu 3 (4)</b>			
a) Im Sinne von Ressourcen-Denken formulieren (Fähigkeiten)		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Hier geht vorrangig darum objektive Parameter abzubilden.	Keine Änderung
b) Zustimmung Pos PatV/DKG	- regelmäßigen Durchführung invasiver Untersuchungsverfahren nicht verpflichtend für Versicherte ohne Dekanülierungspotential.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. <b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Die Standarduntersuchung zur Objektivierung der Schluckstörung, (Aspirationscreening ist nicht automatisch invasiv)	DKG, KBV, GKV-SV: Keine Änderung
c) Pos PatV/DKG: Telemedizinische Mittel nutzen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Nutzung telemedizinischer Mittel wird an anderer Stelle geregelt.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>d) Pos PatV/DKG: ergänzen:  <i>„...nachgewiesen durch ein standardisiertes Messverfahren.“</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>Änderung PatV:</b>                      Item wird wie folgt gefasst:  <i>„Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]);“</i>  <b>DKG:</b> Keine Änderung</p>
<p>e) Pos PatV/DKG: ergänzen: <i>Die Situation von Versicherten im Wachkoma muss besonders berücksichtigt werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schluckdiagnostik schwierig</li> <li>- Ggf. Mehraufwand ohne Nutzen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Erhebung richtet sich an Versicherte mit Trachealkanüle unabhängig von der Grunderkrankung, die Verordnungsvoraussetzung richtet sich nach der Erfüllung der Kriterien nach § 4 Absatz 1 (ehemals § 3).</p> <p><b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Gem. § 37c Absatz 1 Satz 6 umfasst der G-BA-Regelungsauftrag zur Potenzialerhebung nur beatmetete oder trachealkanülierte Versicherte</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>f) Pos PatV/DKG: ergänzen:  <i>„Standardisiertes Screening auf...“</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>Änderung PatV:</b>                      Item wird wie folgt gefasst:</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			„Standardisiertes Aspirationscreening;“ <b>DKG:</b> Keine Änderung
g) Zustimmung Pos. KBV, GKV-SV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fachlich bessere Weg</li> <li>- konkreter</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	
h) Ablehnung Pos. KBV, GKV-SV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verfahren FEES wird nicht in der ambulanten Versorgung flächendeckend vorgehalten</li> <li>- S1 LL zur neurogenen Dysphagie enthält alle Angaben</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Verfahren nicht abschließend. Es werden allgemein geeignete Verfahren gefordert, exemplarisch FEES</p>	Keine Änderung
<b>Zu 4 bzw. 5</b>			
a) Konkretes Verfahren ergänzen		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Konkretes Verfahren ist nicht abschließend zu benennen.</p>	Keine Änderung
<b>Zu 5. und 6.</b>			
a) Streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- es fehlen objektive Meßmethoden und Parameter</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Items sind objektivierbar</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
b) Zu <b>5. und 6.</b> Ergänzung: ... <i>durch Einbeziehung von Skalen und Scores, insbesondere der Erfahrung von Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten.</i>		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Bei der Potenzialerhebung handelt es sich um eine ärztliche Untersuchung.	Keine Änderung
c) Ablehnung Zu <b>5. und 6.</b> Position KBV, GKV-SV, PatV	- Konsequenzen unklar	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Mutmaßlicher Wille ist Teil der medizinischen ganzheitlichen Behandlung.	Keine Änderung
d) Zustimmung Zu <b>5. und 6.</b> Position KBV, GKV-SV, PatV:	- Nachvollziehbarkeit	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen	Keine Änderung
e) Zu <b>5. und 6.</b> Position KBV, GKV-SV, PatV: Ergänzen: <i>Ethik- Fallgespräch und systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität</i>	- Analoges Vorgehen wie bei Beatmung (s.o.)	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<b>Änderung:</b>  In § 5 (ehemals § 3) wird für die Erhebung der nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten in Absatz 8 (ehemals Absatz 8/9) das Item „Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens“ ergänzt um den Zusatz „(ggf. unter Einbezug eines

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
			<p><i>Ethik-Fallgesprächs</i>);“.</p> <p><b>Änderung KBV, GKV-SV, PatV:</b></p> <p>Das Item „<i>Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität</i>“ wird in dieser Fassung vereinheitlicht.</p>
<p>f) Zu <b>5. und 6.</b>Position KBV, GKV-SV, PatV: Ergänzen: <i>bei prinzipiell kooperationsfähigem Patienten*innen Adhärenz</i></p>	<p>- Ergänzung berücksichtigt schwer qualitativ bewusstseinsgestörte Personen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der ärztliche Diskurs zum mutmaßlichen Patientenwillen ist gerade bei kognitiv eingeschränkten Patienten von besonderer Bedeutung für die weitere Therapieplanung</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>g) Zu <b>5. und 6.</b>Position KBV, GKV-SV, PatV: Beweggründe dem Patientenwillen zugrunde liegen beachten</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>h) Zustimmung Zu <b>5. und 6.</b>Position DKG</p>	<p>- Wenn geeignete Instrumente für die Alters- u. Patientengruppe (Kinder und Jugendliche) genutzt werden</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
i) Zusammenführen: Fähigkeit zur Mitarbeit und Adhärenz“	- Wer nicht zur Mitarbeit fähig ist, kann auch nicht unbedingt Therapieadhärenz zeigen	Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	
Zu 7			
a) Zu 7: Ergänzen: z.B. NHISS Ergänzen: kognitive Fähigkeit zur Mitarbeit		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. NHISS: Erfassungsinstrumente sind nicht abschließend zu regeln. Zu kognitive Fähigkeit zur Mitarbeit: „kognitive Fähigkeit zur Mitarbeit“ sind vom Begriff Adhärenz umfasst. Eingeschränkte kognitiver Fähigkeit kann eine Ursache für die nicht beabsichtigte fehlende Adhärenz sein.	Keine Änderung
Zu 8			
a) Zu 8: streichen	- Überflüssig, da die Versicherten durchgehend spontan atmen	Der Anregung des Stellungnehmers wird gefolgt.	<b>Änderung:</b> In § 5 (ehemals § 3) wird in Absatz 8 (ehemals Absatz 8/9) das Item „Spontanatmungskapazität“ ersatzlos gestrichen.
Zu 9			

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zu 9: Ändern: <i>tracheale Instabilität und andere durch eine Trachealkanüle hervorgerufene Artefakte...die eine Auswirkung auf Kanülenwechsel, Reaktion im Notfall und auf die Dekanulierbarkeit haben</i>	- In der Praxis relevante Befunde	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Bestandteil von Nr. 1 und Nr. 2 (Fassung vor SNV.)	Keine Änderung
b) Zu 9: Ändern: <b>ggf.</b> <i>Sitz der Trachealkanüle, sofern vorhanden</i>	- Anspruch gilt auch für Versicherte ohne Trachealkanüle	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Ist Bestandteil von Nr. 1 und Nr. 2 (Fassung vor Stellungnahmeverfahren).	Keine Änderung
Zu 10			
a) Zu 10.	- Gehört korrekter Weise in das Schluckassessment	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Zustimmung: Ist Bestandteil des Schluckassessment.	<b>Änderung</b> KBV, GKV-SV: In § 5 (ehemals § 3) wird in Absatz 8 (ehemals Absatz 8/9) das Item „laryngeale Sensibilität“ ersatzlos gestrichen.
b) Streichen: 10. Laryngeale Sensibilität	- Kein ausreichend etabliertes standardisiertes Messverfahren vorhanden	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)	Siehe Zeile a)
Zu 10. [bzw. 11.]			

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) ergänzen: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren.</p> <p>b) Ergänzen um „sowie der Möglichkeiten der Teilhabe und ihrer Förderung.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ggf. belastend für Patienten</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Aufgeführte Konkretisierungen werden bei der Erhebung der Lebensqualität berücksichtigt.</p>	Keine Änderung
c) Zustimmung		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
d) : Streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführbarkeit bei Menschen mit minimalem Bewusstsein</li> <li>- kein geeigneten Mess- und Auswertungsinstrumente</li> <li>- nur in Einzelfällen möglich</li> <li>- subjektiver</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Beurteilung der Lebensqualität muss bei der Aufstellung des Behandlungsplans mit einfließen.</p>	Keine Änderung
e) ergänzen: <i>unter Einbeziehung eines Leistungserbringers mit palliativen Kompetenzen</i>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ablehnung: hier geht um die Lebensqualität im Rahmen der Potenzialerhebung, vorrangig Selbsteinschätzung</p>	Keine Änderung
f) mit geeigneten Verfahren: Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unklar, welches Verfahren</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Geeignetheit richtet sich nach der individuellen Erkrankung, z.B. wenn die funktionale oder kognitive Einschränkung durch die jeweilige</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Krankheit die Abgabe einer Selbsteinschätzung stark erschwert. Es stehen diverse Verfahren zur Verfügung.	
g) ergänzen: neurologische Befunderhebung		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Aspekt ist Bestandteil von Nr. 2 (Fassung vor Stellungnahmeverfahren).	Keine Änderung
h) mit geeigneten Verfahren: Erhebung der Lebensqualität erfolgt vorrangig durch die Selbsteinschätzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kommunikativ schwierige Situationen besonders hervorzuheben.</li> <li>- Die besondere Situation der Menschen im Wachkoma ist zu beachten</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Bei der Erhebung der Lebensqualität handelt es sich primär um eine subjektive Selbsteinschätzung, jedoch kann auch, beispielsweise bei Menschen im Wachkoma, die Fremdeinschätzung z.B. durch ihnen vertraute Bezugspersonen ein geeignetes Verfahren sein.	Keine Änderung
i) „mit geeigneten Verfahren“ ersetzen: „unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Rahmen ihrer Beratungs- und Betreuungstätigkeit nach § 3 Absatz 4 bzw. 5“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- qualifizierte Beratung und Begleitung bei Erstellung der Verordnung</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Bei der Potenzialerhebung handelt es sich um eine ärztliche Untersuchung. Die psychosozialen Faktoren finden jedoch bei der Erhebung der Lebensqualität Berücksichtigung. Zudem können andere Professionen bei Bedarf hinzugezogen werden, siehe auch § 12 der AKI-RL.	Keine Änderung
Zu 10 [bzw. 12 oder 13			

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>a) ergänzen: ergo- und physiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten sowie und aktivierende therapeutischer Pflege</p>	<p>- gezielte ambulante neurorehabilitative Förderung,</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Aktivierende Pflege: siehe Ziele, § 2 Absatz 1 Satz 1.</p> <p>Es ist sinnvoll, dass der Zeitpunkt der Erhebung darüber hinaus dafür genutzt wird, um Möglichkeiten der Therapieoptimierung zu klären und diese gegebenenfalls anzustoßen, insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer, medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien.</p>	<p><b>Änderung GKV, KBV, PatV:</b></p> <p>In § 5 (ehemals § 3) wird in Absatz 8 (ehemals Absatz 8/9) das Item „<i>Möglichkeiten der Therapieoptimierung insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien;</i>“ ergänzt.</p> <p><b>Änderung DKG:</b></p> <p>In § 5 (ehemals § 3) wird in Absatz 8 (ehemals Absatz 8/9) ein Satz 3 eingefügt: „Die Befunderhebungen nach diesem Absatz dienen daneben auch der Klärung von Mög-</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			lichkeiten der Therapieoptimierung, insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien.“
<b>Neuer Punkt Nr. 11 [bzw. 13. Bzw. 14]</b>			
a) Psychotraumatologische bzw. psychologische Behandlungsmöglichkeiten	- Erhöhte PTBS, PTDS-Erkrankungen nach langem Klinikaufenthalt COVID-19-Patienten)	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Ist Bestandteil von Nr. 2 (Fassung vor Stellungnahmeverfahren).	Keine Änderung
<b>Zu Satz 2 zusätzlich KBV, GKV-SV, PatV:</b>			
a) Überwiegend Zustimmung	- Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

**B-5.1.4 § 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte**

(nach Stellungnahmeverfahren §§ 8 und 9)

**Allgemeines**

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>a) Neben Kassenärzten und Kassenärztinnen auch gleichermaßen qualifizierte Ärzte und Ärztinnen der SAPV</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Nicht möglich. Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V dürfen nur Vertragsärzte AKI verordnen. Dies umfasst die an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 SGB V teilnehmenden Leistungserbringer.</p> <p>Darüber hinaus können gemäß § 10 (ehemals § 7) Absatz 1 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements AKI wie ein Vertragsarzt verordnen.</p> <p>Palliativmediziner: Keine spezifische Qualifikation für die Betreuung von Langzeit-Beatmungspatienten.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Ergänzen: Verordnung durch Weaning-Zentrum mit DGP-Zertifizierung.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Gemäß § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 SGB V umfasst die vertragsärztliche Versorgung unter anderem die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. An der vertragsärztlichen</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>Versorgung nehmen gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Daraus folgt, dass eine Verordnung von außerklinischer Intensivpflege durch diese erfolgen kann, sofern alle Voraussetzungen vorliegen. Eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung können neben einigen anderen auch sozialpädiatrische Zentren gemäß § 119 SGB V und medizinische Behandlungszentren gemäß § 119c SGB V haben.</p> <p>Darüber hinaus können gemäß § 10 (ehemals § 7) Absatz 1 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements AKI wie ein Vertragsarzt verordnen</p>	
<p>c) Ergänzung von MZEB, SPZ, MVZ.</p>	<p>Die MVZ werden ausdrücklich in der Begründung zu § 37c SGB V genannt. SPZ und MZEB als spezialisierte Angebote nach § 119 bzw. § 119c SGB V.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	Schließt Versorgungslücken, insb. K § J		
d) Es sind damit sowohl Fach- als auch Hausärztinnen von der gesetzlichen Grundlage erfasst.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile k)	Keine Änderung
e) Freie Arztwahl	Die aufgeführten Qualifikationen können für den Versicherten also nur Empfehlungscharakter haben! Der G-BA darf den Kreis der „qualifizierten Vertragsärzte“ (Gesetzestext) nicht auf bestimmte Fachärzt*innen beschränken.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Gemäß § 37 c Absatz 1 SGB V sind Anforderungen an die ärztliche Qualifikation durch den GBA festzulegen. Dies schränkt die freie Arztwahl unter diesen nicht ein.	Keine Änderung
f) Auf Benennung der KV-Zulassung verzichten	Häufig KHS Ärzte beteiligt (Entlassmanagement)	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Ablehnung: siehe b), in § 7 Absatz 1 wird festgelegt, dass Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements AKI wie ein Vertragsarzt verordnen können.	Keine Änderung
g) Verweis auf Absatz 5 bzw. 6 verzichten	Beschränkung auf diesen Absatz als Grundlage nicht ersichtlich	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Ablehnung: § 9 (ehemals § 4) Absatz 1 bezieht sich nur auf beatmete oder	Keine Änderung  (nur redaktionelle Anpassung des Ver-

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>trachealkanülierte Patienten. Bei diesen ist gemäß § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V eine Potenzialerhebung als Voraussetzung für eine Verordnung notwendig. Mit dem Verweis wird auf diese Notwendigkeit klarstellend verwiesen.</p>	<p>weises an strukturelle Veränderung des Richtlinienentwurfes)</p>
<p>h) Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit AKI-Bedarf muss neben unterschiedlichen Facharztqualifikationen eine gleichberechtigte Rolle spielen.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Alle verordnenden Ärzte müssen Kompetenzen in der AKI-Versorgung haben. Ausführungen werden in der AKI-RL berücksichtigt. Für beatmete oder trachealkanülierte Patienten werden die Kompetenzen insbesondere auch für den hausärztlichen Bereich in § 9 Absatz 1 Satz 3 (ehemals § 4 Absatz 1 Satz 3) geregelt, für alle übrigen Patienten in Absatz 2 (ehemals Absatz 2/3).</p> <p><b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> „Erfahrung“ ist ohne weitere Definition kein quantifizierbares Qualitätsmerkmal, setzt ein aufwendiges Nachweis- und Prüfverfahren voraus.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>i) Soweit eine intensivmedizinische Kompetenz in das jeweilige Fachgebiet integriert ist, sind folgende Facharztqualifikationen zu nennen (alphabetisch): Anästhesiologie, Innere Medizin, Neonatologie, Neurochirurgie, Neurologie, (Neuro-)Pädiatrie.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Es ist im Rahmen der AKI-RL nicht nach intensivmedizinischer Kompetenz, sondern nach Anforderungen für beatmete/ trachealkanülierte oder sonstige AKI-Patienten zu differenzieren mit gleichzeitiger Kompetenz in der Langzeitbetreuung multimorbider Patienten mit komplexen internistischen bzw. neurologischen Grunderkrankungen.</p> <p>Formulierung unklar. Neonatologen und Neurochirurgen wären – ggf – in Absatz 2 DKG/KBV/PatV Position zu berücksichtigen. Ansonsten hochgradige fachliche Spezialisierung, die nur auf einen geringen Anteil der Patientengruppe anwendbar ist.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>j) Erfahrungen von Intensivmedizinern oder Anästhesisten im prolongierten Weaning ist nicht gleichzusetzen mit den Erfahrungen in der Beatmungsentwöhnung in einem darauf spezialisierten Zentrum oder in der außerklinischen Versorgung.</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Teilweise Zustimmung:</p> <p>Um eine flächendeckende Versorgung mit einer regelmäßigen und qualifizierten Potenzialerhebung zu</p>	<p><b>Änderung KBV, GKV-SV, PatV:</b></p> <p><b>Änderung: GKV-SV, KBV, PatV:</b></p> <p>In § 8 Absatz 1 (ehemals § 4 Absatz 3/4)</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>Erhebung durch diese erfüllt nicht zu m Ziel der Gesetzesgrundlage  <i>[Anmerkung GF: Ausführungen beziehen sich auf potenzialerhebende Ärzte, also § 4 Absatz 3 bzw. 4]</i></p>		<p>ermöglichen, sind neben Ärzten aus einer qualifizierten Entwöhnungseinheit weitere Experten zulässig, deren Erwerb von Methoden- und Handlungskompetenzen rund um die Beatmung und die Behandlung multimorbider Patienten mit komplexen Grunderkrankungen in der jeweiligen Facharztausbildung bzw. Zusatzweiterbildung in ausreichendem Umfang umfasst. Dieser Grad der Qualifikation ist angemessen, da es hier insbesondere um die Erhebung des Weaningspotentials und nicht um die Durchführung des prolongierten Weanings geht. Diese Anforderungen werden von Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin erfüllt. Bei Anästhesisten ist diese Anforderung im Rahmen ihrer Facharztausbildung nicht erfüllt.</p> <p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Für die Erhebung nach § 5 (ehemals § 3) sind Facharztgruppen qualifiziert, die im Rahmen ihrer Facharztausbildung beziehungsweise ihrer Zusatzweiterbildung für mindestens 18 Monate</p>	<p>werden für die Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie folgende Angaben ergänzt:</p> <p><i>„mit mindestens sechsmonatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,“</i></p> <p><b>Änderung GKV-SV, KBV, PatV:</b></p> <p>In § 8 Absatz 1 (ehemals § 4 Absatz 3/4) werden folgende Fachärzte aufgeführt:</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>Methoden- und Handlungskompetenzen und praktische Erfahrungen in der Behandlung und Entwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten erworben und nachgewiesen oder die in diesem Umfang eine einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit nachgewiesen haben.</p> <p><b>DKG:</b> Zur Gewährleistung einer qualitativ gleichwertigen Versorgung in stationären und ambulanten Setting erfolgt die Definition der Qualifikation der potenzialerhebenden Fachgruppen für den ambulanten Sektor gemäß den an dieser Stelle höheren Anforderungen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 1-717 (Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials).</p>	<p>„4. <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit oder</i></p> <p>5. <i>weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p>die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.</p> <p><b>[PatV zusätzlich:</b></p> <p>6. Für Versicherte ohne Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung gemäß § 5 Absatz 4 auch Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer klinischen Einheit, die auf die Behandlung von langzeitbeatmeten Versicherten und deren Grunderkrankung spezialisiert ist;]</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p>6. bzw. 7. für die Erhebung des Potentials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten auch Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.“</p> <p><b>Änderung PatV:</b></p> <p>In § 8 Absatz 1 (ehemals § 4 Absatz 3/4) werden folgende Angaben gestrichen:</p> <p>„b) in der neurologischen Frühreha Phase B,</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p><i>c) in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum,</i></p> <p><i>d) in einem neuromuskulären Zentrum oder“</i></p> <p><i>e) in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.“</i></p> <p><b>Änderung DKG:</b></p> <p>In § 8 Absatz 1 (ehemals § 4 Absatz 3/4) Satz 1 wird die Nr. 2 und die Nr. 3 gestrichen und in Nr. 4 (dann Nr. 2) die Zahl 18 durch die Zahl 36 ersetzt.</p> <p><b>Änderung DKG:</b></p> <p>In § 8 Absatz 1 (ehemals § 4 Absatz 3/4)</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p>werden folgender Satz 2 ergänzt:</p> <p><i>„<sup>2</sup>Die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten kann auch durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen, die über eine mindestens 18-monatige Erfahrung in der Behandlung entsprechend Betroffener in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügen.“</i></p>
<p>k) Ergänzung der Fachärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurochirurgen</li> <li>- Palliativmediziner,</li> <li>- Hausärzte/ Allgemeinmediziner</li> </ul>	<p>Fachärztemangel, Richtlinie verschärft diesen Zustand,</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><u>Neurochirurg/Palliativmediziner:</u> Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt trägt die Verantwortung für die ambulante Behandlung und stellt die Therapieziele auf. Hierzu</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 9 (ehemals § 4) Absatz 1 wird Satz 3 wie folgt gefasst:</p> <p><i>„<sup>3</sup>Hausärztinnen und Hausärzte können</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>- Ärzte mit Zusatzqualifikation zum Atmungstherapeut*in</p>		<p>sind Kenntnisse in der Versorgung beatmeter und multimorbider Patienten mit komplexen Grunderkrankungen erforderlich. Die Ausbildung der Neurochirurgen und Palliativmediziner erfüllt diese Anforderungen nicht. Neurochirurgen sind primär chirurgisch tätig und eine Palliativweiterbildung hat primär das Lebensende im Fokus und nicht die notwendige Langzeitbetreuung von Patienten mit AKI-Bedarf.</p> <p><u>Neurochirurgie:</u> qualifizierte Kenntnisse in Bezug auf eine Gruppe der Patientinnen und Patienten, allenfalls unter Absatz 2, zu berücksichtigen, s.o.</p> <p><u>Hausärzte/Allgemeinmediziner</u> müssen über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen, um bei unerwarteten Krankheitsverläufen adäquat reagieren zu können.</p> <p>Die Zusatzqualifikation Atemtherapeut ist in erster Linie eine pflegerische Weiterbildung und keine Wei-</p>	<p><i>außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen.“</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		terbildung nach (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer; eine Operationalisierung im Rahmen der Genehmigungserteilung durch Kassenärztliche Vereinigungen ist nicht möglich.	
<p>l) Die fachärztliche Qualifikation für Allgemeinmedizin oder Ärzte/Ärztinnen in der hausärztlichen Versorgung befähigt bei gleicher Kompetenz und Erfahrung auch für die Versorgung von Menschen mit AKI-Bedarf</p> <p>Eine praktische ärztliche Tätigkeit mit langzeitbeatmeten Menschen von mehreren Jahren (mindestens 3 Jahren ab Facharztstatus) muss gefordert werden. Bei beatmeten Patienten zusätzlich mehrjährige praktische Erfahrung in Weaningstrategien.</p> <p>- Erfahrung mindestens 1 Jahr außerklinisch, 2 Jahre stationär</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um den Patienten fachlich beraten und Therapieziele formulieren zu können, sind Kenntnisse über den zu erwartenden Krankheitsverlauf, die Prognose und die pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen erforderlich</li> <li>- Fachärztemangel, Richtlinie verschärft diesen Zustand, Hürde für Umsetzung des AKI-Anspruchs,</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die in der Stellungnahme angeführten Qualifikationen entsprechen weitgehend den Anforderungen an die potenzialerhebenden Ärzte. Um die verfügbaren ärztlichen Ressourcen optimal zu nutzen, könne diese nicht auf die verordnenden Ärzte ausgedehnt werden. Vielmehr reicht für diese ein Basiswissen rund um die Beatmung und Erfahrung in der Langzeitbehandlung multimorbider Patienten mit komplexen Grunderkrankungen aus, da die Patienten im Rahmen der Potenzialerhebung zusätzlich von Experten mitbehandelt werden.</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>m) Es sollte ein Netzwerk geschaffen werden, um jederzeit Konsultationsmöglichkeiten mit erfahreneren Ärztinnen/Ärzten zu nutzen.</p>		<p>Zustimmende Kenntnisnahme. Zustimmung; Umsetzung in § 10 (neu § 12) der Richtlinie.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>n) Gemeinsame Verordnung durch mehrere Ärzte verschiedener Fachrichtungen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt muss die Gesamtverantwortung haben und Ansprechpartner für alle beteiligten Akteure sein.</p> <p>Sie oder er haben eine zentrale Position bei der Betreuung der Versicherten, aus der heraus sie deren Kontextfaktoren und Lebensumstände kennen und einschätzen sowie der komplexen Behandlungsbedarfe gerecht werden können.</p> <p>Falls die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine ergänzende Fachexpertise für notwendig hält, kann diese konsiliarisch eingebunden werden.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 9 (ehemals § 4) Absatz 1 wird folgender Satz 7ergänzt:</p> <p><i>„Falls die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine ergänzende Fachexpertise für notwendig hält, kann diese konsiliarisch eingebunden werden.“</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>o) Zukünftig könnten sektorenübergreifende ärztliche Versorgungsnetzwerke durch intersektorale telemedizinische Angebote wie z.B. Telekonsultationen unterstützt werden.</p>	<p>Einspareffekt an Personalarbeitszeit</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>p) Ineinandergreifen einer Vernetzung folgender Strukturen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klinik mit fachärztlicher Kompetenz in Langzeitbeatmung und Organisation/Verordnung von AIP</li> <li>2. Hausarzt, wohnortnah zu den Betroffenen (Hilfsmittel Budget extra)</li> <li>3. In LZ-Beatmung und Organisation von AIP erfahrener Facharzt,</li> <li>4. Pflegedienste mit qualifizierten, fachweitergebildeten Pflegenden</li> <li>5. Eine zeitgemäße IT-Struktur, die alle Vorteile der Telemedizin optimal nutzen kann.</li> </ol>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Aspekte sind weitestgehend durch Richtlinie abgebildet, siehe auch § 12 (ehemals § 10). Die Nutzung von Anwendungen der IT soweit möglich und vorhanden (ePA, eArztbrief, Telekonsil, Videosprechstunde etc.) ist anderweitig geregelt. Es erfolgen daher keine AKI-spezifischen Vorgaben an dieser Stelle.</p> <p>Zusätzlich: siehe Zeile n).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>q) Auffangtatbestand einfügen, Öffnungsklausel /Übergangsregelungen</p>	<p>Vertragsärzt*innen mit dem erforderlichen Qualifikationsniveau, nicht flächendeckend vorhanden</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Teilweise Zustimmung; dem Spannungsfeld der gesetzgeberischen Intention zur Verbesserung der Qualität der Versorgung einerseits und der Sicherstellung der Versorgung andererseits trägt der G-BA Rechnung, indem er die Verordnung von der Potenzialerhebung trennt.</p> <p>Gleichzeitig können gemäß § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V Nicht-Vertragsärzte in die Versorgung eingeschlossen werden.</p> <p><b>KBV, DKG, PatV zusätzlich:</b> HNO-Ärzte als (eingeschränkt) verordnungsberechtigt aufnehmen.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 9 (ehemals § 4) Absatz 1 wird Satz 5 wie folgt gefasst:</p> <p><i>„<sup>5</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt oder die Absicht erklärt, sich diese innerhalb von sechs Monaten anzueigenen und nachzuweisen.“</i></p>
<p>r) Rahmenvertrag anpassen, KHS-Arzt ist kein Vertragsarzt</p>	<p>Sonst keine Verordnung möglich</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe § 10 (ehemals § 7) Entlassmanagement.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>s) Keine Unterscheidung der Qualifikation von verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Um die verfügbaren ärztlichen Ressourcen optimal einzusetzen, ist eine Differenzierung nach verordnenden und potenzialerhebenden Ärzten erforderlich.</p> <p>Die Potentialerhebung ist beispielsweise durch die Hausärztin oder den Hausarzt aufgrund mangelnder Qualifikation nicht möglich, die Grundversorgung aber ist hierdurch gewährleistet bei Erfüllung der Voraussetzungen, siehe Zeile k).</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>t) Keine Unterscheidung der Qualifikation im Bereich ambulant – stationär</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Auch bei einer Verordnung der außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus gelten die Qualifikationsanforderungen dieser Richtlinie für die verordnende Vertragsärztin und den verordnenden Vertragsarzt in § 10 (ehemals § 7) Absatz 1 wird daher auf § 9 (ehemals § 4) verwiesen.</p>	<p><b>Änderung</b></p> <p><b>DKG, KBV, PatV</b> In § 9 (ehemals § 4) wird Absatz 2 gestrichen.</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p><b>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich:</b> Da es um die Planung einer außerklinischen Versorgung geht, müssen die Anforderungen an die verordnenden Krankenhausärzte analog der ambulant verordnenden Ärzte sein.</p>	
<p>u) Qualifikation Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist für alle Ärzte, unabhängig der Fachrichtung Voraussetzung zur Einschätzung des Patienten</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zustimmung für potenzialerhebende Ärzte: Die in der Stellungnahme geforderte Mindestqualifikation Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ für alle Ärzte wird für die potenzialerhebenden Ärzte begrüßt: Hier sind Kenntnisse in der Langzeitversorgung beatmeter und multimorbider Patienten mit komplexen Grunderkrankungen im erforderlichen Umfang erfüllt. Anästhesisten ohne Zusatzbezeichnung Intensivmedizin erfüllen diese Anforderung nicht.</p> <p>Engführung der qualifizierten Fachgruppen würde Sicherstellung in ambulanter Versorgung unmöglich machen; ansonsten siehe s)</p>	<p>Keine Änderung</p>



(1) <sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte darf nur von besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auf der Grundlage einer Erhebung nach § 3 Absatz [5 bzw. 6] verordnet werden. <sup>2</sup>Besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind Fachärztinnen und Fachärzte

1. für Innere Medizin und Pneumologie,
2. für Anästhesiologie,
3. für Neurologie,
4. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
5. für Kinder- und Jugendmedizin [.]	5. für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Übergangsphase zum Erwachsenenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte <ol style="list-style-type: none"> <li>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</li> <li>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</li> </ol>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Facharzt für Neurologie muss dort mit enthalten sein (bei Kindern und Jugendlichen mit Schwerpunkt Neuropädiatrie)	Viele AKI- Bedarfe basieren auf einer neurologischen Erkrankung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Keine Änderungen notwendig; Facharzt für Neurologie ist enthalten. Beschränkungen bei Kindern und Jugendlichen nicht erforderlich, da mit	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		allgemeinem Verweis auf Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin alle Zusatzbezeichnungen und Schwerpunkte untergeordnet und inkludiert sind.	
b) Zustimmung K & J Formulierung GKV	Ausreichende Qualifikation wird durch diese Formulierung sichergestellt.	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Beschränkungen bei Kindern und Jugendlichen werden abgelehnt, da aufgrund der sehr geringen Anzahl an niedergelassenen VÄ mit dieser Spezial-Qualifikation die Versorgung nicht gewährleistet werden kann.	<b>Änderung GKV-SV:</b> In § 9 (ehemals § 4) wird Absatz 1 Nr. 5 wie folgt gefasst: „für Kinder- und Jugendmedizin.“
c) Zustimmung K & J Formulierung KBV, PatV, DKG,	Kinder- und Jugend-ärzt_innen sind Teil der hausärztlichen Versorgung, Fachärztemangel	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Siehe Zeile b)	Siehe Zeile b)
d) (Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) kann entfallen,	(" soweit Kenntnisse ...") ausreichend	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Durch diesen Vorschlag wäre nicht sichergestellt, dass die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte über ausreichende Kompetenzen verfügen, um eine Potenzialerhebung durchzuführen.	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>e) Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ergänzen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist sowohl für die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, als auch für die Potenzialhebenden Ärztinnen und Ärzte vorgesehen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>f) Formulierung GKV-SV: Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin ergänzen; mit einschlägiger Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Langzeitbeatmung ergänzen, mit der Zusatzweiterbildung Kinderintensivmedizin ergänzen; an der fachärztlichen Versorgung teilnehmender Kinder- und Jugendärzte; Neonatologie</p>	<p>Schutzwürdigkeit von Kindern und Jugendlichen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Pädiatrische Intensivmedizin und Kinderintensivmedizin sind keine anerkannten ärztlichen Weiterbildungen gem. MWBO. Neonatologen haben ihren Schwerpunkt in der akuten medizinischen Versorgung von Früh-/Neugeborenen bis zur 4. Lebenswoche. Diese werden nicht außerklinisch versorgt.</p> <p>Siehe Zeile a) und b).</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>g) Telemedizinisches Konsil ergänzen</p>	<p>bei Akutpatienten angemessen</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 9 (ehemals § 4) wird Absatz 1 Satz 7 ergänzt wie folgt gefasst:</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p><i>„7Falls die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine ergänzende Fachexpertise für notwendig hält, kann diese konsiliarisch eingebunden werden.“</i></p>
<p>h) Vorschlag Ggf. eine 6-monatige Weiterbildung auf einer Kinder-Intensivstation nachweisen (nicht Neonatologie)</p>	<p>- In FA-Ausbildung Kinder- und Jugendmedizin müssen 6 Monate intensivmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeleistet werden (die meisten Kinderärzte leisten Zeit in der Neonatologie ab: dort keine weiterführende intensivmedizinische Erfahrung</p>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

6. **[PatV zusätzlich: für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten].**

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Vorschlag:</p> <p>6. Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Erfahrung im Bereich der (ambulanten) Intensivpflege</p> <p>6. Bei speziellen Fragestellungen zu Tracheotomie und Trachealkanülenversorgung kann die Fachkompetenz der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde konsiliarisch hinzugezogen werden und nur dann federführend wenn die Versicherte oder der Versicherte nach Behandlung eines Kopf-Hals-Tumors anspruchsberechtigt nach § 37c SGB V ist.</p>	<p>Viele HNO- Ärzte verfügen über lang-jährige Erfahrung für die Versorgung von Menschen mit Trachealkanülen und Beatmungsmaschinen,</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Ursächlich für den AKI-Bedarf ist nicht das Vorhandensein einer Trachealkanüle an sich, sondern die Behandlung von komplexen neurologischen und/oder internistischen Erkrankungen. HNO- Expertise kann ggf. als Konsiliarleistung zur Überprüfung des Sitzes der Trachealkanüle erforderlich werden (vgl. Stellungnahmen: DIGAB, DGP, GKV-IPReG Think Tank, AOK NDS, AOK BAY, AOK SAN, MD Bayern).</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> teilweise Zustimmung; Zustimmung zu PatV-Position</p>	<p><b>GKV-SV:</b></p> <p>keine Änderung</p> <p><b>Änderung KBV und DKG</b></p> <p>KBV und DKG schließen <i>sich</i> der Position der PatV an.</p>
<p>b) 6. HNO-Ärzte (diese Zuordnung ist sehr zu begrüßen) und ggf. durch FÄ für Phoniatrie zur ergänzen. Im Hinweis der KBV auf Seite 13 unten sollten qualifizierte HNO- ÄrztInnen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zu Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: siehe Zeile a)</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>nen/PhoniaterInnen in das Verzeichnis der KBV, welches quartalsweise aktualisiert wird, unbedingt mit aufgenommen werden.</p>		<p>Fachärztinnen und Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie können ggf. als Konsiliarleistung zur Überprüfung der Schluckfunktion erforderlich werden, aufgrund ihrer Qualifikation jedoch keine AKI verordnen.</p>	
<p>c) Begründete Ablehnung</p>	<p>Kompetenzen reichen in der Regel nicht aus, eher Neurologische und internistische Erkrankungen meist Ursache</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Zustimmung: Siehe Zeile a)  <b>KBV, PatV, DKG:</b> Hals- Nasen-Ohren-Ärzte können aufgrund ihrer Qualifikation AKI für trachealkanülierte nicht beatmete Versicherte verordnen.</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>
<p>d) Begründete Zustimmung</p>	<p>Die adäquate Behandlung trachealkanülierter Patient:innen erfordert zwingend die Einbindung einer HNO-Ärzt:in</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Ablehnung: siehe a)  <b>KBV:</b> Zustimmung; Siehe a)</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
<p><sup>3</sup>Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p><sup>3</sup>Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),</li> <li>2. prolongiertem Weaning,</li> <li>3. Tracheostoma,</li> <li>4. Trachealkanülenmanagement,</li> <li>5. Sekretmanagement,</li> <li>6. speziellen Hilfsmitteln,</li> <li>7. Notfallsituationen und</li> <li>8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.</li> </ol> <p><sup>4</sup>Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>5</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>

**Würdigung Thema „Hausärzte“**

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Begründete Zustimmung GKV-SV Formulierung</p>	<p>2. Sicherstellung der Verordnung nur durch ausreichend qualifizierte Ärzte</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Hausärzte haben eine zentrale Position bei der Betreuung der Versicherten, aus der heraus sie deren Kontextfaktoren und Lebensumstände kennen und einschätzen sowie der komplexen Behandlungsbedarfe gerecht werden können.</p> <p>Um bei einem unerwarteten Krankheitsverlauf von beatmungspflichtigen oder trachealkanülierten Versicherten entsprechend reagieren und die Versicherten unter anderem zu pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen beraten zu können, müssen die verordnenden Hausärztinnen und Hausärzte über theoretische und praktische Kompetenzen im Umgang mit Beatmung (nicht-invasiv, invasiv), Tracheostoma, Trachealkanülenmanagement, speziellem Sekretmanagement, zu speziellen Aspekten der Verordnung von Heil- und Hilfsmit-</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 9 (ehemals § 4) Absatz 1 wird Satz 3 wie folgt gefasst:</p> <p><i>„<sup>3</sup>Hausärztinnen und Hausärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen.“</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>teln, Notfallsituationen und Dysphagie verfügen. Durch diese Regelung wird einerseits ermöglicht, dass Hausärztinnen und Hausärzte außerklinische Intensivpflege weiterhin verordnen können. Andererseits trägt der G-BA den besonderen Belangen von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege Rechnung und kommt somit den gesetzlichen Anforderungen nach § 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V nach, wonach die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt zu erfolgen hat.</p>	
<p>b) Begründete Ablehnung Formulierung GKV-SV</p>	<p>Der Kreis der Verordnungsberechtigten auf Fachärzt*innen zu begrenzen, würde gegen § 37c SGB V verstoßen;                      es bleibt völlig offen, wie Hausärztinnen und Hausärzte die Kompetenzen entsprechend dem Vorschlag des GKV-SV nachweisen sollen                      überbordende Qualifikationsvoraussetzung                      nicht umsetzbar, Satz 3-5 streichen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>Änderung:</b>                      In § 9 (ehemals § 4) Absatz 1 werden folgende Sätze 4 bis 7 gefasst:  <i>„<sup>4</sup>Die Befugnis zur Verordnung für Hausärztinnen und Hausärzte bedarf der Genehmigung</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	<p>Qualifikationsvorgaben schränken Zugang zur Versorgung unnötig ein</p>		<p><i>durch die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>5</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt oder die Absicht erklärt, sich diese innerhalb von sechs Monaten anzueignen und nachzuweisen. <sup>6</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hierzu regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen anzubieten. <sup>7</sup>Falls die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine ergänzende Fachexpertise für notwendig hält, kann diese</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<i>konsiliarisch eingebunden werden.“</i>
<p>c) Begründete Zustimmung Formulierung KBV, PatV, DKG</p>	<p>Hausärzte kennen ihre Patienten; flächendeckende Versorgung, Hausärzte haben das fachliche Know-How</p> <p>Ergänzen: <i>„Oder mit einem Beatmungs-/Weaning-Zentrum kooperieren und mit diesem Fallbesprechungen durchführen können.“</i></p> <p>Ergänzen“ <i>Spezialisten sind lt. dieser Richtlinie nach Möglichkeit hinzuzuziehen“</i></p> <p>Ergänzen: konsiliarische Begleitung durch Fachärztinnen/Fachärzte</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zur Qualifikation der Hausärztinnen und Hausärzte siehe Zeile b).</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 9 (ehemals § 4) wird Absatz 1 Satz 7 ergänzt wie folgt gefasst:</p> <p><i>„<sup>7</sup>Falls die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine ergänzende Fachexpertise für notwendig hält, kann diese konsiliarisch eingebunden werden.“</i></p>
<p>d) Begründete Ablehnung Formulierung KBV, PatV, DKG (Hausärzte)</p>	<p>Damit würden ja alle weiteren Qualifikationen obsolet.</p> <p>die Expertise fehlt</p> <p>Die Formulierung bildet eher den aktuellen Status quo ab und widerspricht der Intention des Gesetzgebers.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zur Qualifikation der Hausärztinnen und Hausärzte siehe Zeile b).</p>	<p>siehe Zeile b).</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>e) Es soll eine möglichst weitgehende Möglichkeit gewählt werden, Vertragsärzte in die Versorgung einzubeziehen.</p>	<p>Hinweis: Soweit eine praktische Tätigkeit noch nicht über einen langen Zeitraum nachgewiesen werden kann, sollten technische Möglichkeiten und die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten herangezogen werden können.</p> <p>Zusammenarbeit mit anderen Ärzten als Ausgleich herangezogen werden können, etwa über durch Kooperation mit anderen Fachärzten.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zur Qualifikation der Hausärztinnen und Hausärzte siehe Zeile b).</p>	<p>siehe Zeile b).</p>
<p>f) Grds. Verordnende Ärzte mit Qualifikation, Übergangsregelung für den Zeitraum von 2 Jahren, Bestandschutz für jetzt HKP-verordnende</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zur Qualifikation der Hausärztinnen und Hausärzte siehe Zeile b).</p>	<p>siehe Zeile b).</p>
<p>g) Begründete Zustimmung Formulierung GKV-SV: Falls ein praktikabler Nachweis zu führen ist</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur geringe Anzahl AKI-Verordnungen: Nachfrage an Genehmigungen wird nur wenige Hausärzte/Hausärztinnen betreffen</li> <li>- Bei entsprechender Qualifikation sollte es ihnen aber ermöglicht sein</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	

**Würdigung Thema „Genehmigung zur Befugnis zur Verordnung“**

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>a) Begründete Zustimmung.</p>	<p>Überprüfung der Qualität, Überprüfung Handlungskompetenzen ist erforderlich</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 9 (ehemals § 4) wird Absatz 1 Satz 7 ergänzt wie folgt gefasst:</p> <p><i>„<sup>4</sup>Die Befugnis zur Verordnung für Hausärztinnen und Hausärzte bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>5</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt oder die Absicht erklärt, sich diese innerhalb von sechs Monaten anzueignen und</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>nachzuweisen. <sup>6</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hierzu regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen anzubieten.“</p>
<p>b) Begründete Ablehnung</p>	<p>Zu hohe Hürden, Eingriff in die Berufsfreiheit Nachweise müssten spezifiziert werden „Anzeigepflicht“ könnte als milderes Mittel für statistische Erfassung gerechtfertigt sein Aufzählungen sollten stets offen oder beispielhaft sein</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. <b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> Ein Genehmigungserfordernis ist in der AKI-Richtlinie erforderlich. So wird sichergestellt, dass entsprechende ärztliche Qualifikationen auch tatsächlich vorliegen. <b>DKG:</b> Ein Genehmigungserfordernis ist in der AKI-Richtlinie erforderlich. So wird eine entsprechende ärztliche Qualifikation sichergestellt.</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>

<b>DKG, KBV, PatV zusätzlich</b>
<p>(2) <sup>1</sup>Erfolgt die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege für beatmete Versicherte oder trachealkanülierte Versicherte im Rahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus, darf die Verordnung nur durch eine oder einen an der stationären Behandlung der Versicherten oder des Versicherten beteiligte(n) Ärztin oder Arzt erfolgen. <sup>2</sup>Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. für Innere Medizin und Pneumologie,</li> <li>2. für Innere Medizin und Kardiologie,</li> <li>3. für Anästhesiologie,</li> <li>4. für Neurologie,</li> <li>5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,</li> <li>6. für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.</li> </ol>

<b>Hinweise:</b>	<b>Begründung</b>	<b>Würdigung</b>	<b>Beschlussentwurf</b>
<p>a) Richtlinien darf nicht abschließend regeln, welche Arztgruppen besonders für die Verordnung von AKI qualifiziert sind.</p>	<p>der Gesetzgeber hat keine abschließende Regelung getroffen.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 8 Nr. 4 ist es Aufgabe des G-BA die Anforderungen an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte zu bestimmen. In diesem Zusammenhang ist es üblich,</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		auf Ebene von Facharztqualifikationen Qualitätsniveaus festzulegen.	
b) K & J: Zusätzlich Schwerpunkte Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	<b>Änderung DKG, KBV, PatV:</b>  In § 9 (ehemals § 4) wird Absatz 2 gestrichen.
c) Ergänzen: Fachärzte mit mindestens einjähriger Erfahrung in der Betreuung von außerklinischen Intensivpatienten oder mindestens 18-monatige stationärer Intensivverfahren.  Ergänzen: Fachärzte mit mindestens fünfjähriger Erfahrung in der Beatmung und Entwöhnung von Patienten mit einer Querschnittlähmung.  Ergänzung: Fachärzte und Fachärztinnen für Neonatologie  Für Kinder- und Jugendmedizin mit der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Kinder- und Jugend, sowie Neonatologie  Ergänzen: „und pädiatrische Intensivmedizin“	Komplexität des Krankheitsbildes  Gleichlauf für alle Qualifikationen (Erwachsene/Kinder  Auch der Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin kann aufgrund seiner/ihrer Erfahrungen ein geeigneter Vertragsarzt bzw. eine geeignete Vertragsärztin sein.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Es gelten für die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a SGB V die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung.  Für die Verordnung aus dem Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements sind keine weiteren Nachweise der fachlichen Befähigung notwendig.	Siehe Zeile b)

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>Ergänzen: (Satz 2) um „insbesondere“</p> <p>Ändern: Qualifikation gemäß Gesetzesbegründung</p> <p>Änderung 1. für Innere Medizin / <del>und</del> Pneumologie,</p> <p>Ergänzen: 4. Fachärztinnen/Fachärzte für innere Medizin/Pneumologie/Pulmologie</p>			
<p>d) Die Qualifikationsanforderungen, die bei einer Verordnung in § 4 Absatz 1 bereits beschrieben sind, sollten auch im Entlassmanagement gelten</p>	<p>Qualifikationsniveau für die Verordnung wird sonst abgesenkt.</p> <p>Die Qualifikationsanforderungen, die bei einer Verordnung in § 4 Absatz 1 bereits beschrieben sind, sollten auch im Entlassmanagement gelten.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b).</p>	<p>Siehe Zeile b)</p>
<p>e) Innere Medizin und Kardiologie streichen</p>	<p>sind in §4 Absatz 1 nicht aufgeführt</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b).</p>	<p>Siehe Zeile b)</p>
<p>f) Die Expertise des Kinder- und Jugend-Kardiologie qualifiziert nicht für die außerklinische Beatmung/ Intensivpflege</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b).</p>	<p>Siehe Zeile b)</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
g) Zustimmung PatV: 6....Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.“	Die Erweiterung wirkt den Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Raum entgegen.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b).	Siehe Zeile b)
h) Offene Aufzählung	Aufgrund der Heterogenität der AKI-Patienten-Gruppe sollten Aufzählungen stets offen oder beispielhaft sein. Neben formalen Qualifikationen ist stets eine mehrjährige Erfahrung mit langzeitbeatmeten Menschen für eine adäquate Versorgung zu fordern.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile b).	Siehe Zeile b)

(2) bzw. (3)

<sup>1</sup>Bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung durch auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Für K &amp; J: um Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ergänzen: <i>„Bei Kindern und Jugendlichen, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung in aller Regel durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.“</i></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Konkretisierung möglich. Es handelt sich um Einzelfälle mit einer breiten Varianz an komplexen Erkrankungen und Versorgungsbedarfen, bei denen keine Konkretisierung der Qualifikationen in der AKI-Richtlinie festgelegt werden können. Diese müssen auf den Einzelfall ausgerichtet sein.</p> <p>Der Regelungsvorschlag „in aller Regel“ ist zu unbestimmt; Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind in Satz 2 vom Verordnungsrecht umfasst.</p>	Keine Änderung
<p>b) Hausärzte ergänzen</p>	<p>Begrenzung auf Fachärzte verstößt gegen § 37c SGB V, Hausbesuche unabdingbar, erfolgen i.d.R. nicht durch Fachärzte</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Hausärztinnen und Hausärzte sind in Satz 2 vom Verordnungsrecht umfasst.</p>	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>c) Patienten der Weaning-Kategorie 3 b II mit aufnehmen.</p>	<p>Die Gruppe 3 b II bleibt bisher in dem Gesetzesentwurf unberücksichtigt, sollte ergänzt werden vergleichbar mit dem Pflege- und Behandlungsaufwand einer stabilen invasiven Heimbeatmung.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Qualifikationsanforderung zur Verordnung von AKI wird für alle beatmeten Patienten, die gleichzeitig AKI-Bedarf haben, in § 9 (ehemals § 4) Absatz 1 geregelt. Nicht-invasiv beatmete Patienten mit Funktionsbeeinträchtigungen, die AKI auslösen, sind hier inkludiert.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) In der Begründung „kleinen“ streichen</p>	<p>Wachkomapatienten die erfolgreich dekanüliert sind, gehören auch dazu.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die absehbar größte Gruppe von Versicherten mit Bedarf für eine außerklinische Intensivpflege bilden beatmete oder trachealkanülierte Versicherte.</p> <p>Im Verhältnis hierzu handelt es sich bei Versicherten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege gemäß den Voraussetzungen des § 4 (ehemals § 3) Absatz 1, ohne</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		dass sie trachealkanüliert oder beatmungspflichtig sind um eine kleine Gruppe.	
e) Regelung nur auf ErstVO beziehen.		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Auch bei Folgeverordnungen muss der verordnende Arzt gem. § 37c Absatz 1 Satz 3 besonders qualifiziert sein.</p> <p>Andere Arztgruppen sind in Satz 2 vom Verordnungsrecht umfasst.</p>	Keine Änderung

<b>PatV, KBV, DKG zusätzlich</b>
<sup>2</sup> Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Ablehnung	<p>Jede Verordnung in diesem Bereich ist nur im Rahmen einer persönlichen Untersuchung möglich.</p> <p>Unterläuft Intention des Gesetzgebers, die Verordnung durch qualifizierte Fachärzte zu stärken.</p> <p>Telemedizin kann bei diesem Klientel nur bedingt eingebracht werden.</p> <p>Sowohl bei der Behandlung des Versicherten als auch bei der sachgerechten Ausstellung der Verordnung ist die fachliche Expertise des spezialisierten Facharztes notwendig.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Da die konsultierenden Fachärztinnen und Fachärzte nicht flächendeckend vorhanden sein können oder eine persönliche Untersuchung der oder des Versicherten mit einem nicht zumutbaren hohen logistischen Aufwand verbunden ist und/oder mit psychischen Belastungen einhergehen kann, muss die gemeinsame Entscheidung bzgl. einer Verordnung auch per (telemedizinischem) Konsil getroffen werden können. Fachlich verantwortlich bleibt der verordnende Arzt.</p>	<p><b>Änderung</b></p> <p>In § 9 (ehemals § 4) wird Absatz 2 (ehemals Absatz 2/3) wie folgt gefasst:</p> <p><i>„<sup>1</sup>Bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte, die auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind. <sup>2</sup>Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p><i>können nur im (gegebenenfalls telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten verordnen. <sup>3</sup>Die Konsilpartnerin oder der Konsilpartner ist auf der Verordnung anzugeben.“</i></p>
<p>b) Begründete Zustimmung</p>	<p>... weil dies die Möglichkeiten der Gestaltung in der Versorgung flexibilisiert.</p> <p>Unterstützt kontinuierliche ärztliche Betreuung,</p> <p>eröffnet insbesondere in strukturschwachen Gebieten mit dünner (fach-) ärztlicher Versorgung eine angemessene Versorgung;</p> <p>entlastet den Versicherten und seine Familie;</p> <p>trägt zur Sicherung der Versorgungsqualität bei.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a)</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>c) telemedizinische Konsile sollten durch vorangegangene interprofessionelle Fallbesprechung und unter Zuhilfenahme aller (auch digitalen) Möglichkeiten durchgeführt werden.</p>	<p>Insbesondere über das sich derzeit entwickelnde telemedizinische Konsil kann der Kreis der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte qualitätsgesichert erweitert werden</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Grundlagen sind in § 12 (ehemals § 10) verankert, die alle Möglichkeiten der Kooperation zulassen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

(3) bzw. (4)

<sup>1</sup>Die Erhebung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] erfolgt abweichend von Absatz 1 durch folgende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte:

1. Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
2. **[KBV, DKG, PatV zusätzlich: Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,]**
3. **[KBV, DKG, PatV zusätzlich: Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,]**
4. Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens **[GKV-SV: 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit] [KBV, DKG, PatV: 18-monatiger Erfahrung [PatV a)] ]** in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]

PatV zusätzlich
<p>,</p> <p>b) in der neurologischen Frühreha Phase B,</p> <p>c) in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum,</p> <p>d) in einem neuromuskulären Zentrum oder</p> <p>e) in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) keine Unterscheidung in Qualifikation Verordner oder Potenzialheber	widersprüchlich.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Forderung wäre keine Veränderung zum Ist-Zustand. Um die verfügbaren ärztlichen Ressourcen optimal einzusetzen, ist eine Differenzierung nach verordnenden und potenzialerhebenden Ärzten erforderlich. Potenzialerhebender Arzt muss über eine besondere fachliche Expertise verfügen.</p> <p>Die Erweiterung der Gruppe der verordnenden Ärzte im Vergleich zu der Gruppe der potentialerhebenden Ärzte hat zum Ziel, eine flächendeckenden Versorgung mit Vertragsärzten zu ermöglichen, um den individuellen Bedürfnissen insbesondere im Zusammenhang mit allen behandlungspflegerischen Maßnahmen Rechnung zu tragen. Um Gleichzeitig eine hohe Expertise für die Einschätzung der beatmungsrelevanten Parameter sicherzustellen, ist eine Unterscheidung der Qualifikationen erforderlich.</p>	

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>b) Zu Nr. 1-3: ggf. keine ausreichende Erfahrung, die drei genannten Berufsgruppen machen in der Regel Akut(Intensiv-) Medizin.</p> <p>Ablehnung Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner</p>	<p>Die Strategien im prolongierten Entwöhnungsprozess unterscheiden sich hiervon grundlegend. Daher ist es unabdingbar, dass hier zusätzlich die Erfahrung im prolongierten Weaning dazukommt.</p> <p>Potenzialherhebung vorrangig durch Fachärzte mit einer 3-jährigen einschlägigen Tätigkeit in einem spezialisierten Zentrum.</p> <p>Die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin - mit fachlichem Schwerpunkt in der intensivmedizinischen Akutversorgung - gewährleistet ohne die genannte Zusatzqualifikation nicht die erforderliche fachliche Expertise hinsichtlich der Besonderheiten der Außerklinische Intensivversorgung.</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt.</p> <p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>	<p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>
<p>c) Nr. 4: Begründete Zustimmung Vorschlag GKV-SV</p>	<p>Stellt erforderliche Qualifikation sicher wirkliche Verbesserung für die Patienten</p> <p>Mit der GKV-Position wird der Forderung der DGP Leitlinie 2017 entsprechen</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>	<p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	Die 3-jährige Erfahrung basiert auf anerkannten Empfehlungen und Leitlinien.		
d) Nr. 4: Begründete Zustimmung Vorschlag KBV, DKG, PatV	18-monatige Erfahrung und Fachkompetenz ist ausreichend, 3 Jahre [GKV-SV) zu hoch angesetzt, flächendeckende Zugang zur ärztlichen Versorgung muss nachhaltig erleichtert werden.	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“	Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“
e) Nr. 4: 12- monatige Erfahrung, 9-monatige Erfahrung		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“	Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“
f) GKV-SV Vorschlag konkretisieren auf 3 Jahre innerhalb der letzten 5 Jahre.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“	Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“
g) Die Qualifikation Zusatzbezeichnung (Intensivmedizin) ist für alle Ärzte unabhängig der Fachrichtung Voraussetzung zur Einschätzung (...) Punkt 1 beschreibt die inhaltliche Qualifikation, die primär vorhanden sein muss, egal ob Internist, Anästhesist Neurologie etc. insofern sind 2 und 3 nicht sinnvoll		Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt. Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“  Eine bloße Facharztausbildung, wie z.B. Anästhesiologie, reicht nicht aus.	Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>h) 1. Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie</p> <p>2. Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung sowie die Betreuung von außerklinisch beatmeten Versicherten spezialisierten Einheit</p>	<p>1. und 2 müssen fundierte Kenntnisse durch ausreichende Behandlungserfahrung zur Betreuung dieser Patienten verfügen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>	<p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>
<p>i) Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie benötigen ebenfalls über umfassende Erfahrungen in AKI</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>	<p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>
<p>j) Ändern: nur 3 Facharztgruppen:</p> <p>1. Innere Medizin und Pneumologie</p> <p>2. Zusatzbezeichnung Intensivmedizin mit <b>3 monatiger</b> einschlägiger Tätigkeit.....</p> <p>3. Anästhesiologie mit <b>6-monatige</b> einschlägige Tätigkeit...</p> <p>4. alle weiteren Fachärzte mit mindestens <b>12-monatige</b> einschlägige Tätigkeit</p>	<p>Zur fach- und sachgerechten beatmungsmedizinischen, ärztlichen Betreuung von und zur Potenzialerhebung bei langzeitbeatmeten oder dauerkanülierten Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege ist daher eine in den Weiterbildungsordnungen einiger Facharztbezeichnungen beinhaltetete Methoden- und Handlungskompetenz vollkommen ausreichend.</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>	<p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
k) Erfahrungen von 36 bzw. 18 Monate einschlägiger Tätigkeit ist praktisch nicht umsetzbar.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“	Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“
l) Ergänzen: pädiatrische Intensivmedizin		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Nach (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer wird lediglich eine Kognitive und Methodenkompetenz bei der Weiterbildung im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Neuropädiatrie erworben. Es gibt keine abgrenzbare Facharztbezeichnung.	Keine Änderung
m) Anpassen <del>Vertragsärztinnen und Vertragsärzte</del>	Im § 37 c SGB V wird explizit ausgeführt, dass auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte das Potential ermitteln können.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Eine Änderung der bisherigen Formulierung ist nicht erforderlich. § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V bestimmt, dass „nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte“ zum Zweck der Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
		<p>Weil unter dem Wort „Vertragsärzte“ auch in der AKI-RL nichts anderes zu verstehen ist als „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte“, bedarf es der angeregten Änderung nicht.</p>	
<p>n) Qualifikation noch zusätzlich unterscheiden bezüglich Erhebung des Potenzials</p> <p>1. zur Beatmungsentwöhnung (hier wie OPS)</p> <p>und</p> <p>2. zu Entfernung der Trachealkanüle (hier FÄ für Neurologie, Fachärzte der Kinder- und Jugend-Medizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie, andere FÄ mit Handlungskompetenz in der Behandlung neurogener Dysphagien und Trachealkanülenmanagement)</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p> <p>Die möglichen Methoden- und Fachkompetenzen im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung beschränken sich auf Beatmung und Weaning.</p> <p>Zu 2: Die Ergänzung von notwendiger weiterer Fachexpertise gemäß Satz 2 ist durch konsiliarisch Einbindung möglich.</p>	<p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>
<p>o) Es wird empfohlen statt „Fachärzt_innen“ die erforderliche Qualifikation zu nennen.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Anknüpfung an Qualifikationsniveau der Facharztausbildung ist einheitlich, nachvollziehbar und</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		im Rahmen von der Genehmigungsverfahren bei den Kassenärztlichen Vereinigungen operationalisierbar.	
p) Beim Prozess der Dekanülierung sollte der HNO Arzt aufgelistet werden	HNO-Ärzte versorgen aktuell bereits Menschen in f [?] und sind hierzu sehr gut in der Lage.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Ursächlich für den AKI-Bedarf ist nicht das Vorhandensein einer Trachealkanüle an sich, sondern die Langzeitbehandlung von komplexen neurologischen und/oder internistischen Erkrankungen.	Keine Änderung
q) Ergänzen: Fachärzt*innen für Neurologie		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Kein ausreichender Erwerb von Methoden- und Handlungskompetenz zum Thema „Beatmungsentwöhnung“ im Rahmen der Facharztausbildung.  <b>KBV, PatV, DKG zusätzlich:</b> Die Ergänzung von notwendiger weiterer Fachexpertise gemäß Satz 2 ist durch konsiliarisch Einbindung möglich.	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>r) Ergänzen: Facharzt*innen für Neonatologie</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Neonatologen haben ihren Schwerpunkt in der akutmedizinischen Versorgung von Früh-/Neugeborenen bis zur 4. Lebenswoche. Diese werden nicht außerklinisch versorgt.</p> <p><b>KBV, PatV, DKG zusätzlich:</b> Die Ergänzung von notwendiger weiterer Fachexpertise gemäß Satz 2 ist durch konsiliarisch Einbindung möglich.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>s) Begründete Ablehnung: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, begründete Ablehnung 3. Fachärzte für Anästhesiologie</p>	<p>Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie bzw. Fachärzte für Anästhesiologie sind nicht generell qualifiziert nicht für die Erhebung des Weaningpotentials. Damit ergäbe sich keine Verbesserung zum Status quo.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>	
<p>t) Begründete Zustimmung 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>	<p>weisen genug Handlungskompetenz auf</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>	

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
u) Zu 2. und 3. Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ergänzen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile j) unter „Allgemeines	
v) Ergänzen: bei Fachärzten für Anästhesiologie umfassende Erfahrungen in der AKI		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“	
w) Satz 1 umformulieren im Sinne „Evaluierung auf das Vorhandensein des Potenzials und teilhabeorientierte Trachealkanülenversorgung durch Ärzte mit Erfahrungen in Teilhabe orientierten Umsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen, <i>[Hinweis: ausführlicher Textvorschlag]</i>		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Berücksichtigung der Teilhabe ist immer Bestandteil der ärztlichen Behandlung.  Der Unterschied zwischen “Erhebung des” und “Evaluierung auf das Vorhandensein des Potenzials” ist lediglich semantisch. Keine Änderung im Beschluss, da auch die Benennung der Fachgruppen nicht operationalisierbar ist.	Keine Änderung
x) Ergänzen: Ausnahme für Übergangszeitraum, um Qualifikation zu erwerben	<i>SN: „Eine entsprechende Qualifikation eines/r Vertragsarztes/ Vertragsärztin kann im Einzelfall auch in einem angemessenen Zeitraum erworben werden,</i>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	<p><i>sofern bis zur Erlangung der Qualifikation eine Kooperationsvereinbarung mit einem bereits qualifizierten Vertragsarzt/ Vertragsärztin nachgewiesen wird (Konsil, Vier-Augen-Prinzip)“.</i></p>	<p><b>GKV-SV:</b> Ein abgesenktes Qualifikationsniveau ist auch für eine Übergangszeit nicht zu tolerieren.</p> <p><b>KBV, DKG, PatV zusätzlich:</b></p> <p>Es ist keine längeren Übergangszeiträume notwendig. Die Ergänzung von notwendiger weiterer Fachexpertise ist gem. Satz 2 durch konsiliarisch Einbindung möglich.</p>	
<p>y) Zu PatV Zusätzlich: Ändern: a. Fachärzte in zertifizierten Weaningzentren b und e sind abzulehnen. Begründete Zustimmung zu PatV zusätzlich Konsiliarische Einbindung ergänzen Ergänzen um SPZ, MZEB, spezialisiertes MVZ</p>	<p>So kann Expertise auch von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten zur Potentialerhebung, gemeinsam mit dem verordnenden Arzt, genutzt werden.</p> <p>Außerklinisches Weaning darf kein Tabu sein. Die Beurteilung einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung sollte möglichst nur durch Fachärzte erfolgen, welche Erfahrungen in</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>KBV, PatV, DKG zusätzlich:</b> Die Ergänzung von notwendiger weiterer Fachexpertise gemäß Satz 2 ist durch konsiliarisch Einbindung möglich.</p> <p>Das Weaning kann nur im akutstationären Bereich durchgeführt werden. Ein außerklinisches Weaning ist obsolet.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>der Behandlung im außerklinischen Beatmungsbereich vorweisen.</p> <p>Besondere Anforderungen bei neuromuskulären Erkrankungen</p> <p>Flächendeckende Versorgung</p> <p>Schnittstellen</p>		
<p>z) Zu PatV Zusätzlich: Begründete Ablehnung zu e) Fachärzte mit 18-monatiger Erfahrung in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p> <p>Begründete Ablehnung PatV zusätzlich: Streichen</p> <p>Konkretisierungsbedarf b bis e</p> <p>Änderung: c. und d. ohne Einschränkungen.</p>	<p>Gefahr der Qualitätsabsenkung</p> <p>Die Feststellung des Potenzials bedarf einer besonderen fachlichen Expertise in diesem Bereich, die sichergestellt bleiben sollte.</p> <p>Für Überleitung</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt.</p> <p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>	<p>Siehe Zeile j) unter „Allgemeines“</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
b. und e mit dem Zusatz: „wenn auch die Potenzialprüfung durch ein Weaning-/Beatmungszentrum ein negatives Ergebnis ausweist“			

**DKG, KBV, PatV zusätzlich**

<sup>2</sup>Erfolgt die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] im Rahmen des Entlassmanagements, hat dies durch Ärztinnen und Ärzte zu erfolgen, die die Anforderungen für die qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus nach § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V erfüllen. <sup>3</sup>Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Begründete Ablehnung</p>	<p>Keine Unterscheidung zwischen den Sektoren Absenkung des Qualifikationsniveau Dynamischer Verweis OPS hat keine Gültigkeit für Kinder unter dem 14. Lebensjahr, keine Anwendung bei NIV</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Durch das GKV-IPReG wurde neben dem § 37c SGB V auch der § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V eingefügt. Demnach gehört zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten. Auf dieser Grundlage wurde der OPS „1-717 Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials“ eingeführt. Da Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements auch außerklinische Intensivpflege verordnen können, bedurfte es einer Regelung, damit Krankenhäuser</p>	<p><b>Änderung</b> In § 8 (ehemals § 4) Absatz 1 Satz 2/3/4 wird wie folgt gefasst: „<sup>2/3/4</sup>Erfolgt die Erhebung gemäß § 5 im Rahmen des Entlassmanagements, hat dies durch Ärztinnen und Ärzte mit folgenden Qualifikationen zu erfolgen: 1. Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		keine konkurrierenden Anwendungsvorschriften beachten müssen, wenn es um die Qualifikation der erhebungsberechtigten Ärzte geht. Daher hat der G-BA geregelt, dass bei Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements die Qualifikationsanforderungen des vorgenannten OPS (Version 2022) Anwendung finden, wenn es um die Durchführung der Erhebung geht.	<i>2. Fachärztin oder Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.“</i>
b) Begründete Zustimmung	OPS ausreichend	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile a)	Siehe Zeile a)
c) OPS Ziffer benennen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile a)	Siehe Zeile a)

PatV, GKV-SV zusätzlich	KBV
<p>(4) bzw. (5) <sup>1</sup>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Qualifikationen nach § 4 verfügen und veröffentlicht sie barrierefrei im Internet. <sup>2</sup>Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. <sup>3</sup>Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.</p>	<p>(5) Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach § 4 Absatz 1, Absatz [2 bzw. 3] und Absatz [3 bzw. 4] werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Ablehnung Liste</p>	<p>nicht sinnvoll, riesiger Verwaltungsaufwand, quartalsweise Aktualisierung nicht zeitgemäß, Verordner muss laufen Klarheit haben</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.                      Transparenz über besonders qualifizierte Vertragsärzte ist für die Patienten und Angehörigen zwingend notwendig. Ebenso Grundlage für die Genehmigungen der Verordnungen über außerklinische Intensivpflege durch die Krankenkassen.                      Eine Übersicht der entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzte wird im Gesundheitsportal nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht. Dies ermöglicht die</p>	<p><b>Änderung:</b>                      § 8 (ehemals § 4) wird Absatz 3 wie folgt gefasst:  <i>„Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach §§ 8 oder 9 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395</i></p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Kontaktaufnahme und eine differenzierte Suche nach Ärztinnen und Ärzten, die für die Erhebung oder die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege qualifiziert sind.	<i>Absatz 2 SGB V veröffentlicht.“</i>
b) Zustimmung PatV, GKV-SV, insb. Barrierefreiheit	Favorisierung der Formulierung von PatV und GKV, da die Aktualisierung und die Angabe der Kompetenzen zusätzlich gefordert ist und damit mehr Transparenz geschaffen wird.  Dient der Transparenz.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile a).	Siehe Zeile a).
c) Offene Fragen zur Aktualisierung der Liste		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Aktualisierung der Liste: Siehe § 395 Absatz 2 SGB V	Keine Änderung
d) Konkrete Vorschläge zur Operationalisierung	Unterstützung der Betroffenen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile a)	Siehe Zeile a)

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
e) Ergänzen „...und die auf die auslösende Grunderkrankung spezialisierten Zentren, die über Qualifikationen nach § 4...“	Querschnittszentren sind häufig die Erstansprechpartner für die entsprechenden Patienten	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Daten liegen den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht vor.	Keine Änderung
f) Ergänzen: Einbezug Landes-KVen und Gesundheitsportale.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
g) Ergänzen: Liste der MD Ärzte		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Keine Regelungskompetenz des G-BA.	Keine Änderung
h) Ergänzen: Auflistung pädiatrischer Beatmungszentren,		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile e)	Keine Änderung
i) Ergänzen: „...Weiterhin beinhaltet die Liste Angaben zur barrierefreien Auffindbarkeit und zur Barrierefreiheit der Praxis....“	Zugang zur Information erleichtern	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)	Keine Änderung

(5) bzw. (6)

Die in § 4 verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Hinweis auf pflegerische Berufsbezeichnung, ergänzen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Das neue Pflegeberufsgesetz (PflBG), welches seit dem 1.1.2020 in Kraft getreten ist, sieht für die generalistisch ausgebildeten Pflegekräfte in § 1 die neue Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ und „Pflegefachmann“ für Pflegekräfte vor. In der Richtlinie wird der neutrale Begriff „Pflegefachkraft“ genutzt. Dieser Begriff findet auch in der Definition des besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege gemäß § 37c Absatz 1 Satz 1 SGB V Anwendung. Eine Regelungskompetenz zu differenzieren Vorgaben von Qualifikationen der geeigneten Plegefachkraft wurde dem G-BA durch den Gesetzgeber nicht übertragen, sondern ist Aufgabe</p>	<p>Keine Änderung</p>

<b>Hinweise:</b>	<b>Begründung</b>	<b>Würdigung</b>	<b>Beschlussentwurf</b>
		der Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V.	
b) Zustimmung	Flächendeckende Versorgung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

**§ 5**

**Auswertung schriftliche Stellungnahmen**

zur

Erstfassung der Richtlinie

über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

(Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL)

### B-5.1.5 § 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

(nach Stellungnahmeverfahren § 6)

(1) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. <sup>2</sup>Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Verordnung außerklinische Intensivpflege). <sup>3</sup>**[GKV-SV zusätzlich:** Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.] <sup>3oder 4</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere anzugeben:

1. die ordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für außerklinische Intensivpflege und die daraus resultierenden ordnungsrelevanten Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen **[DKG: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)],**
2. Beatmungspflichtig: Ja/Nein  
Falls ja:
  - a) die Beatmungsform (invasiv/nicht-invasiv; assistiert/kontrolliert)
  - b) die Beatmungsdauer,
3. Tracheotomiert: Ja/Nein  
Falls ja:  
Art der Kanüle: geblockt, ungeblockt, Sprechkanüle, Entblockzeiten,
4. **[KBV, GKV-SV, PatV: Weaning- und Dekanülierungspotenzial gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] sowie die zur deren Umsetzung erforderlichen Maßnahmen und Begründung für Verhinderung],**
5. PEG-Anlage: Ja/Nein,
6. Erst- oder Folgeverordnung,
7. die Therapieziele,
8. das voraussichtliche Datum der nächsten Erhebung nach § 3 Absatz 6,

9. die zu erbringenden Leistungen gemäß § 9 Absatz 2,
10. deren Beginn und Dauer gemäß § 6,
11. den Leistungsumfang,
12. den oder die geeigneten Leistungsort(e),
13. ggf. weitere Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 9 Absatz 3 sowie
14. im Falle der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements das voraussichtliche Entlassdatum.

**Satz 1 bis Satz 3/4 „Allgemeines“:**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Allgemeine Hinweise zur AKI (siehe Stellungnahme Think Tank)		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe § 2 Ziele	Keine Änderung
b) Ergänzen: <sup>1</sup> Die außerklinische Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung, <u>eine Potentialerhebung und einen Behandlungsplan voraus.</u>	Mit diesem Zusatz wird der durch § 37 c SGB V und in dieser Richtlinie beschriebene Verordnungsumfang konkretisiert.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Der Behandlungsplan ist in Absatz 5 geregelt, die Potenzialerhebung in § 5 (ehemals § 3).  Eine Ergänzung an dieser Stelle ist nicht erforderlich, da sich der Regelungsinhalt dieses Paragraphen explizit auf die Verordnung bezieht.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>c) Satz 1 ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grad der Behinderung, einschließlich der Merkzeichen</li> <li>- Ergänzung um Freitextfeld Leistungsorte (kumulativ)</li> <li>- Hinweis zu Anspruch von HKP (auch in HKP-Verordnungsvordruck) ergänzen</li> </ul>	<p>Der vereinbarte Vordruck hat den Inhalt der AKI-Richtlinie übersichtlich darzustellen. Eine anspruchverkürzende Darstellung ist nicht zulässig. Komplexen Bedarfen ist durch ausreichende Freitextfelder Raum zu geben, die eine Bezugnahme auf formale Anlagen oder Anlagen im Freitext zulassen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Grad der Behinderung ist für die Verordnung und weitere Versorgung nicht relevant.</p> <p>Zu Freitextfeld: In der Richtlinie sind nur die Inhalte der Verordnung zu regeln; die Kompetenz für die Ausgestaltung des Verordnungsformulars liegt nicht beim G-BA.</p> <p>Zu Hinweis auf Anspruch auf HKP: Es ist keine Ergänzung zum Anspruch auf HKP für die Fälle erforderlich, in denen AKI nicht erbracht wird. Das Verhältnis von HKP und AKI wird in § 3 (ehemals § 9) Absatz 3 geregelt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Satz 3 (GKV-SV zusätzlich) nicht notwendig</p>	<p>auch die Sozialdienste oder die Pflegedienste übermitteln die Verordnung;</p> <p>Die Einhaltung der Fristen ausschließlich in die Hände der Ärzte zu legen engt die aktuell eigentlich gut laufenden Prozesse völlig unnötig ein und überfordert die Ärzte;</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p>Änderung: <b>GKV-SV</b> § 6 (ehemals § 5) Absatz 1 Satz 3 <i>„Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>Eine Abweichung von den grundlegenden Regeln der Beantragung der Leistung durch den Versicherten ist abzulehnen;</p> <p>Schutz der Versicherten bzw. des Leistungserbringers wird ausgehebelt;</p> <p>Wahlrecht des Leistungserbringers durch Versicherten;</p> <p>Antragsleistung: Versicherter entscheidet, ob und welche Leistungen er auf Grundlage der Verordnung in Anspruch nehmen möchte;</p> <p>Alternativ Formulierung wie HKP-RL;</p> <p>Alternativ ergänzen als (vorläufiger Antrag);</p> <p>Überwiegend Erstverordnung bei Entlassung aus dem Krankenhaus. Hierzu ist der Informationsfluss in § 7 geregelt;</p> <p>Regel „unverzüglich“ für Folgeverordnung nicht nachvollziehbar;</p> <p>„unverzüglich“ zu unbestimmt</p>		<p><i>Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.“</i> wird gestrichen.</p>
<p>e) Satz 3 (GKV-SV zusätzlich)</p>	<p>Vereinfachung Bürokratie (Versand an Leistungserbringer)</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
Ergänzen um Kopie an Versicherten und Leistungserbringer		3. In der Richtlinie sind nur die Inhalte der Verordnung zu regeln; die Kompetenz für die Ausgestaltung des Verordnungsformulars liegt nicht beim G-BA.	
f) Satz 3 Begründete Zustimmung	Vermeidung Zeitverzug bei VO-Muster berücksichtigen Entlastung des Versicherten.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d).	Keine Änderung
g) Satz 3 oder 4 nur Ärztin oder Arzt	Verordnung betrifft auch Personen aus nicht-vertragsärztlichen Bereich	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Verordnung darf nur durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements ausgestellt werden.	Keine Änderung
h) Verordnungsvordruck Dokumentationsaufwand reduzieren	z.B. Item Trachealkanüle: die Trachealkanüle ist heute geblockt, morgen ungeblockt. Das Ziel bleibt doch trotzdem die Dekanülierung. Vieles ist tagesformabhängig. Regelung verstößt vermutlich gegen den Grundsatz der Datensparsamkeit,	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Um den Informationsfluss und die Versorgungskontinuität entsprechend § 37c Absatz 1 Nummer 2 und 3 SGB V sicherzustellen, werden die aus medizinisch-pflegeri-	Änderung: In § 6 (ehemals § 5) Absatz 1 Satz 3 wird das Item „den oder die geeigneten Leistungsort(e),“

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>Art. 5 Absatz 1 Buchst. c) DSGVO und ist grundhaft zu reduzieren.</p>	<p>scher Sicht notwendigen Parameter sowie Angaben zum Beatmungsentwöhnungspotenzial und Dekanülierungspotenzial auf dem Verordnungsvordruck (Verordnungsvordruck außerklinische Intensivpflege) durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt dokumentiert. Dies ermöglicht insbesondere für die versorgenden Leistungserbringer nach § 132I SGB V einen schnellen Überblick zur aktuellen Situation der oder des Versicherten sowie zu den medizinischen und pflegerischen Belangen und ist damit eine Grundlage für die passgenaue Organisation der außerklinischen Intensivpflege im jeweiligen Setting. Auch für eine effiziente Begutachtungspraxis durch den Medizinischen Dienst und das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen sind die Informationen auf der Verordnung von grundlegender Bedeutung.</p> <p>Die Prinzipien der Datensparsamkeit wurden berücksichtigt.</p>	<p>gestrichen.</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>i) Verordnungsvordruck</p> <p>Triasorientierung verwenden: (Wunsch des Versicherten zu dieser Versorgungsform, Therapieziel, Indikation für Tracheostomie und Trachealkanüle)</p>	<p>Patientensicherheit</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit.</p> <p>Die Möglichkeit individueller Vereinbarungen bei Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets gemäß § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V und § 29 SGB IX bleibt unberührt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>j) Verordnungsvordruck</p> <p>Dokumentation:</p> <p>Ausnahmen bei fehlendem Potential ermöglichen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Unabhängig von der Frage des Potentials dienen diese Erhebungen bei allen beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten dem Zweck, mögliche Therapieoptimierungen in der Folge anzustoßen und zu realisieren. Damit kann die regelmäßige Evaluation der Behandlung durch Experten auch bei nicht entwöhnbaren Versicherten</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>medizinische notwendig sein. Häufig sind es multifaktorielle Ursachen, die eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung verhindern und gegebenenfalls eine dauerhafte Beatmung beziehungsweise Anwendung einer Trachealkanüle indizieren.</p> <p>Alle Angaben sind auch bei fehlendem Potenzial erforderlich.</p>	
<p>k) Vordruck nicht leitliniengerecht, daher ergänzen um</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinische Indikation zur Beatmung oder Trachealkanüle,</li> <li>• Schmerzstatus/-behandlung,</li> <li>• medikamentöse Versorgung,</li> <li>• individuelle Möglichkeit der Kommunikation,</li> <li>• Vorliegen einer Patientenverfügung oder Änderung des Patientenwillens,</li> <li>• gesundheitsbezogene Lebensqualität</li> <li>• Frage, ob palliativmedizinische Begleitung erwünscht ist.</li> </ul>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Kenntnisnahme, Grundsätzlich sind diese Items relevant. Sie werden jedoch im Rahmen der Potenzialerhebung weitgehend berücksichtigt und im Behandlungsplan niedergeschrieben. Im Verordnungsvordruck genügt eine Angabe zum jeweiligen Potenzial.</p>	Keine Änderung

**Verordnungsvordruck Nr. 1**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Nr. 1 DKG zusätzlich: Begründete Zustimmung,</p>	<p>Hilfreich insb. für Verlaufskontrolle Angabe eines Entwöhnungs- oder De- kanülierungspotenzials ausreichend.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/wer- den zur Kenntnis genommen. <b>GKV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Die Aufnahme unter 1 ist nicht er- forderlich, siehe Vorschlag KBV, GKV-SV, PatV zu Nummer 4.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Nr. 1. Begründete Ablehnung</p>	<p>Formulierung zu allgemein Die Erfassung des Potenzials ist eine Prognose, keine Relevanz für die Ver- ordnung</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/wer- den zur Kenntnis genommen. <b>DKG zusätzlich:</b> Nach § 37c Absatz 1 Satz 7 Nr. 3 SGB V hat der G-BA u.a. den gesetzlichen Auftrag, die Dokumentation des Entwöh- nungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder trache- otomiert sind, zu regeln, dies be- inhaltet auch die Ergebnisdarstel- lung. Um den Behandlungsverlauf nach- vollziehbar zu machen, sind ent- sprechende Dokumentationen wichtig (siehe auch Zeile b) zu Nr. 4)</p>	<p>Keine Änderung</p>

## Verordnungsvordruck Nr. 2

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Nr. 2: Phrenicusstimulation ergänzen	eigene Beatmungsform, welche der Überwachung der außerklinischen Intensivpflege bedarf.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Ergänzung nicht erforderlich. Es handelt sich um sehr seltene Versorgungsformen. Wird unter IV-Beatmung berücksichtigt.	Keine Änderung
b) Nr. 2: <i>assistiert/kontrolliert</i>		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Information über die Art (assistiert/kontrolliert) ist erforderlich	Keine Änderung
c) Nr. 2: ergänzen:  - <i>Beatmungskonzept</i> ergänzen - <i>Beatmungsdauer pro 24h</i> - <i><u>Spontanatempotenzial bei Dauer in Minuten und Krisenfestigkeit</u></i>  4.		Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt.	<b>Änderung</b>  In § 6 (ehemals § 5) Ansatz 1 Satz 3 Nr. 2 wird zu Buchstabe b) der Klammerzusatz „(Stunden pro Tag)“ ergänzt sowie Buchstabe „c) Spontanatmung (Stunden/Intervall)“ eingefügt
d) Nr. 2 Ergänzen  <i>c) Sauerstoffbedarf</i>	Gerade der Sauerstoffbedarf, bzw. dessen quantitative Erfassung, ist ein unabdingbarer Parameter.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

		Diese Angabe ist im Behandlungsplan vorzusehen.	
--	--	---	--

**Verordnungsvordruck Nr. 3**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Nr. 3: tracheotomiert <i>ohne Kanüle</i> ergänzen</p> <p>Art des Trachealkanülenmanagements und Indikation für die Kanüle ergänzen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bitte Begründung für Nicht-Änderung ergänzen.</p>	Keine Änderung
<p>b) Nr. 3: Begründung bei geblockter Kanüle erforderlich</p>	<p>Der Sprach/Lautierungsverlust ist zu rechtfertigen, Maßnahmen zur Minimierung in Behandlungsplan aufnehmen</p> <p>Personeller Mehrbedarf, wenn sich Versicherter nicht selbst bemerkbar machen kann</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Stellungnahmeberechtigte bezieht sich auf den Behandlungsplan, nicht auf die Verordnung; da zuvor eine Potenzialerhebung und damit eine Schluckdiagnostik durchgeführt wurde, reicht der bereits medizinisch erhobene Befund, s.a. Punkt 4. (Position KBV, PatV, GKV bzw. Ergänzung unter Punkt 1 Position DKG).</p>	Keine Änderung

**Verordnungsvordruck Nr. 4**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>a) Nr. 4: Grund für fehlende Möglichkeit und Gründe für (zum Zeitpunkt der Feststellung) nicht mögliche Durchführung ergänzen</p>	<p>Bei Terminverschiebungen: Es ist zu antizipieren, dass Termine Klinik- oder Patientenseitig abgesagt und verschoben werden müssen.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. <b>KBV, PatV, GKV-SV:</b> Auf der Verordnung ist die Begründung der Verhinderung anzugeben. <b>GKV-SV zusätzlich:</b> Jedoch sollte die Erhebung so organisiert werden, dass genügend Puffer vorhanden ist, diese noch vor Ausstellung der Verordnung nachzuholen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Nr. 4: Kann entfallen</p>	<p>Ergibt sich aus 2. und 3.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV, KBV, PatV zusätzlich:</b> Nach § 37c Absatz 1 Satz 7 Nr. 3 SGB V hat der G-BA u.a. den gesetzlichen Auftrag, die Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, zu regeln, dies beinhaltet auch die Ergebnisdarstellung.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Um den Behandlungsverlauf nachvollziehbar zu machen, sind entsprechende Dokumentationen wichtig.	
c) Nr. 4: Streichen	<p>Übermittlung Gründe für Verhinderung an Krankenkasse datenschutzrechtlich bedenklich</p> <p>Inhalte der Potenzialerhebung dürfen ausschließlich dem MD zur Verfügung gestellt werden</p> <p>Die Regelung verstößt gegen § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V.</p> <p>Die Erfassung des Potenzials ist eine Prognose und hat keine Relevanz für die Verordnung</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	Keine Änderung
d) Nr. 4: Begründete Zustimmung	<p>Konkreter, Fokus auf erforderliche Maßnahmen</p> <p>detaillierter und umfassender auch mit Blick auf die weitergehende Versorgung</p> <p>Sinnvoll um qualitative Probleme aufdecken zu können</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG zusätzlich:</b> Die Aufnahme unter 4 ist nicht erforderlich, siehe Vorschlag DKG zu Nummer 1.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	Wesentliche Grundlage der Verordnung für die Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlich		

**Verordnungsvordruck Nr. 5**

[keine Hinweise]

**Verordnungsvordruck Nr. 6**

[keine Hinweise]

**Verordnungsvordruck Nr. 7**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zu Nr. 7: Teilhabeziele ergänzen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Teilhabeziele sind nicht Gegenstand der Verordnung von medizinischer Behandlungspflege	Keine Änderung

**Verordnungsvordruck Nr. 8**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zu Nr. 8: entfällt	Je nachdem wie § 3 Absatz 6 gefasst wird (jetzt § 5 Absatz 8)	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Hierbei handelt es sich um eine relevante Information für die Fallsteuerung und erneute Begutachtung.	Keine Änderung

**Verordnungsvordruck Nr. 9**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zu Nr. 9: konkretisieren		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Ablehnung: wird im Behandlungsplan durch Arzt konkretisiert	Keine Änderung

**Verordnungsvordruck Nr. 10**

[keine Hinweise]

**Verordnungsvordruck Nr. 11**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Verordnungsvordruck: Ergänzen: „11. den Leistungsumfang in Stunden; bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Volljährigen als Stundenkontingent (z.B. wöchentlich, monatlich).“	Verfügbarkeiten und damit einhergehenden Anwesenheits- bzw. möglichen Versorgungszeiten der An- und Zugehörigen (in aller Regel die Eltern, auch Großeltern) sind ständigen Änderungen unterworfen.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Konkretisierung erfolgt in der Formularkommission.	Keine Änderung
b) Zu Nr. 11: konkretisieren		Siehe Zeile a) zu Nr. 9	Keine Änderung

**Verordnungsvordruck Nr. 12**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Verordnungsvordruck Nr. 12 streichen	Freiheit der Person/Selbstbestimmungsrecht bezüglich des Aufenthaltsortes  vorgesehene Regelung ist verfassungsrechtlich bedenklich  Die Orte für die ambulante Intensivpflege sind per se weiter vorne definiert  Feststellung nicht Aufgabe des Vertragsarztes	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	<b>Änderung:</b>  In § 6 (ehemals § 5) wir in Absatz 1 Satz 3 die Nr. 12 „den oder die geeigneten Leistungsort(e),“ gestrichen

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
b) Nr. 12: Ergänzen um Freifeld, mehrere Möglichkeiten	Aufenthaltsbestimmungsrecht Je nachdem wie § 1 Absatz 4 gefasst wird	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  In der Richtlinie sind nur die Inhalte der Verordnung zu regeln; die Kompetenz für die Ausgestaltung des Verordnungsformulars liegt nicht beim G-BA.	Keine Änderung
c) Nr. 12: abweichende Auffassung Arzt/Willensbekundung des Versicherten	Eine Bestimmung des Leistungsortes durch den/der verordnende Arzt/Ärztin ist nicht möglich	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).	Keine Änderung
d) Nr. 12: entfällt		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).	Keine Änderung
e) Nr. 12: „geeignete“ streichen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).	

**Verordnungsvordruck Nr. 13**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Nr. 13 ergänzen um Maßnahmen der Sicherungspflege</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Behandlungspflege ist ein Teil der Sicherungspflege. Die Unterteilung zwischen Behandlungssicherungs- oder Krankenhausvermeidungs- und verkürzungspflege gibt es im § 37c SGB V nicht.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Nr. 13: Klarstellung bezgl. körperbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen</p>	<p>Enthalten sind auch alle körperbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Der individuelle Erkrankungszustand der/des Versicherten ist maßgeblich</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>5. Hier sind alle Maßnahmen der Behandlungspflege gemeint.</p>	<p>Keine Änderung</p>

**Verordnungsvordruck Nr. 14**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Nr. 14: streichen	<p>Verordnungen im Rahmen von Entlassmanagement sind unzulässig</p> <p>Kann entfallen, wenn die Verpflichtung zu Frühreha bzw. Weaningzentrum nach Entlassung aus der Akutklinik ernst genommen wird -</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Da nach § 7 Absatz 1 die Ausstellung der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements bereits ab Feststellung der Erforderlichkeit der AKI und nicht mehr erst ab dem Entlasstag erfolgen kann, ist eine Angabe zum voraussichtlichen Entlasstag und damit Leistungsbeginn relevant.</p>	Keine Änderung

**Verordnungsvordruck Nr. 15 (neu)**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Nr. 15. (neu) Falls möglich und erforderlich zusätzlich die Empfehlung für die telemonitorische Therapiebegleitung der Beatmung	Unterstützung der Versorgung durch Experten	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Telemedizinische Verfahren sind im Rahmen der Potenzialerhebung möglich.</p>	Keine Änderung

(2) <sup>1</sup>Um der oder dem Versicherten eine Bewertung über die grundsätzlich erreichbaren Therapieziele zu ermöglichen, ist bei der Verordnung eine Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten durchzuführen. <sup>2</sup>Bei der Erörterung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen **[GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren]**:

1. Therapieziele und Therapiealternativen,
2. Maßnahmen zum Erreichen der Therapieziele (z.B. Einbindung von Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Heilmitteltherapie, Schlucktraining),
3. Zeitraum für die Umsetzung der Therapieziele bzw. des Zeitpunktes für eine Zwischenkontrolle und deren Ergebnis,
4. Mitwirkung (Art und Umfang) der oder des Versicherten bzw. der An- und Zugehörigen.

<sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt zum Erreichen der Therapieziele bei.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) nach der Erörterung auch die Zustimmung der Versicherten einzuholen, gemeinsame Festlegung der Therapieziel mit dem Patienten.	Freiwilligkeit (Art. 25 UN-BRK), informierte Entscheidung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Aus Satz 1 ergibt sich bereits die Beteiligung des Versicherten. Grundsatz jedes ärztlichen Handelns, Berufsordnung.	Keine Änderung
b) Ergänzen, dass Erörterung der Therapieziele auch bei Erhebung des Potentials erfolgt		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Therapieoptimierung bei Potentialerhebung umfasst auch die Therapieziele	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>c) Die Formulierung Versicherten ist bei diesem Patientenkollektiv nicht sinnvoll, da z.T. die Patienten eine gesetzliche Betreuung haben</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Einbeziehung von Betreuern etc. ist implizit mitgemeint. Die Formulierung „Versicherte, Versicherter“ ist ein üblicher Sprachgebrauch in der HKP-RL. Dieser wurde in die AKI-RL übernommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Auf Absatz 2 verzichten</p>	<p>Doppelter bürokratischer Aufwand, wird schon in der Versichertendokumentation festgehalten und besprochen</p> <p>Aufwand senkt Bereitschaft zur fachärztlichen Betreuung -&gt; Patientenversorgung gefährdet</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>hier wird Bezug genommen auf § 6 (ehemals § 5) Absatz 1 Nr. 7 sowie auf den Behandlungsplan. Eine Doppeldokumentation ist nicht vorgesehen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Zustimmung Satz 2 bezüglich Dokumentation (GKV, PatV zusätzlich)</p>	<p>In der Praxis nicht selbstverständlich für künftige Behandlungen und Einschätzungen hilfreich</p> <p>Nachvollziehbarkeit</p> <p>Bei Klärungsbedarf mit Krankenkasse hilfreich</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>Änderung</b></p> <p>DKG und KBV schließen sich dem Zusatz an.</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
	<p>Gesetzeswortlaut (§ 37c Absatz. 1 Satz 8 Nr. 3 SGB V)</p> <p>Dient der Transparenz</p>		
<p>f) Ablehnung Satz 2 bezüglich Dokumentation (GKV, PatV zusätzlich)</p>	<p>Verwaltungsaufwand, wird schon in der Versichertendokumentation festgehalten und besprochen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Zeile e)</p>	<p>Siehe Zeile e)</p>
<p>g) Satz 2 streichen</p>	<p>Erfordernisse überladen, lebensfremd</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der G-BA hat nach § 37c Absatz 1 Satz 8 Nummer 3 SGB V auch das Verfahren zur Feststellung der Therapieziele zu regeln.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>h) Fallmanager in Erörterung einbinden</p>	<p>solide Entscheidungen auf Seiten des Versicherten ermöglichen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>PatV, DKG, GKV-SV:</b> Der verordnende Arzt bzw. die verordnende Ärztin übernimmt im Rahmen seines bzw. ihres ärztlichen Auftrags insbesondere durch Koordination und gezielte Steuerung die Aufgabe eines Fallmanagers bzw. einer Fallmanagerin.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
i) Zu Nr. 1: ergänzen um „ <i>Therapielimitationen</i> “	Eine vorhandene Patientenverfügung oder der dokumentierte mutmaßliche Wille des betroffenen Menschen sollte berücksichtigt sein.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Eine Ergänzung ist nicht erforderlich. Therapieziele und –alternativen sind ausreichend, sie umfassen bereits den (mutmaßlichen) Patientenwillen.  <b>GKV-SV zusätzlich:</b> Dieser wird ebenfalls bei der Erhebung nach § 5 erhoben.	Keine Änderung
j) Zu Nr. 1: ergänzen um Teilhabeaspekt		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Teilhabeziele sind nicht Gegenstand der Verordnung von medizinischer Behandlungspflege	
k) in der Klammer unter 2. Behandlungsplan aufnehmen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Hier werden die Aspekte der Erörterung in allgemeiner, beispielhafter und nicht abschließender Form genannt.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
l) in der Klammer unter 2 statt „Schlucktraining“ „Schlucktherapie nach vorheriger Diagnostik“	Schlucktraining gibt es nicht, es geht um eine diagnose-basierte Therapie.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Es sind Beispiele aufgeführt, kein Anspruch auf Vollständigkeit.	Keine Änderung
m) Nr. 3 streichen	Selbstbestimmungsrecht,	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  siehe a)  Bei 3. geht es um eine Evaluation der bisherigen medizinischen Behandlung.	Keine Änderung
n) Nr. 4 streichen „bzw. der An- und Zugehörigen“ streichen	An- und Zugehörigen gehören nicht unter die Regelungsbefugnis des G-BA	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  <b>PatV, DKG, GKV-SV, KBV:</b> Relevant [ <b>DKG:</b> unter anderem] für die Beurteilung des Schulungs- und Beratungsumfangs der Zu- und Angehörigen.  <b>GKV-SV</b> zusätzlich: und der Fragestellung, im welchem Umfang AKI verordnet werden soll.	Keine Änderung
o) 5. (neu): Beitrag der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Ver-	Ungleichgewicht Beziehung Ärztin/Arzt und Patient entgegenwirken	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>tragsarztes zum Erreichen der Therapieziele und weist im Rahmen der Erörterung auf die Möglichkeit des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 SGB V hin.</p>	<p>Durch Verweis auf § 11 SGB V Wunsch und Wahlrecht sicherstellen</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>	
<p>p) Satz 3 streichen</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat in diesem Zusammenhang im Rahmen seines ärztlichen Auftrags insbesondere durch Koordination und gezielte Steuerung eine entscheidende Rolle bei der Sicherstellung der Erreichung der Therapieziele. Um die Therapieziele erreichen zu können, ist eine multidisziplinäre Ausrichtung der Versorgung erforderlich, bei der insbesondere neben dem Leistungserbringer nach § 132I SGB V auch die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt im besonderen Maße Verantwortung trägt.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>q) Ergänzung: „(...) ist bei der Verordnung und Überprüfung (...)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erörterung der Therapieziele sollte nicht nur bei der Verordnung erfolgen</li> <li>- Wenn Erhebung bis zu 3 Monate vor einer Verordnung erfolgt, sollte mit Pat. und Angehörigen auch über die (erreichbaren) Therapieziele gesprochen werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	

(3) <sup>1</sup>Versorgungsrelevante Änderungen und Ergänzungen der Verordnung dürfen nur auf Grundlage einer erneuten persönlichen Untersuchung der oder des Versicherten mit Unterschrift, Stempel und Datumsangabe der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. <sup>2</sup>Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Satz 1: Ergänzen um Telemedizin und Telemonitoring</p>	<p>Einführung von Telemedizin ist sinnvoll und politisch gewünscht.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Es handelt sich um komplexe Grunderkrankungen und eine hochkomplexe Therapie, die eine persönliche Untersuchung medizinisch erforderlich macht.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Satz 1: Oftmals ist schnelles Handeln in der außerklinischen Intensivpflege erforderlich. In der Praxis hat sich dabei des „Vorgelesen und Genehmigt Prinzip“ (VuG) bewährt. Deshalb sollte konkretisiert werde, dass die Anordnung bei Änderungen, z.B. des Bedarfs, des klinischen Status, der relevanten Kontextfaktoren entsprechend zu aktualisieren und vorzulegen ist.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Vor dem Hintergrund der komplexen Versorgungsbedarfe der Versicherten ist es aus fachlicher Sicht notwendig, versorgungsrelevante Änderungen an der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nur nach einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Ärztin beziehungsweise den Arzt vorzunehmen. Versorgungsrelevant im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere Änderungen hinsichtlich des Leistungsumfangs und</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege.</p> <p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b></p> <p>Alle ärztlich veranlassten Maßnahmen, die zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden sollen, bedürfen einer Verordnung.</p>	
<p>c) Satz 2: Möglichkeit für rückwirkende Verordnungen muss gegeben sein (Formulierung analog HKP)</p>	<p>Es gibt in der Praxis Situationen, die dies erforderlich machen (z.B. bei fehlender Verordnung durch Klinik, Hausarzt)</p> <p>Eine verspätete Ausstellung, die nicht vom Versicherten oder des Leistungserbringers zu verantworten ist, kann nicht zur Leistungsverweigerung für den Patienten und zu finanziellen Lasten des Leistungserbringers gehen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine Öffnung ist durch „grundsätzlich“ gegeben. In begründeten Einzelfällen kann eine rückwirkende Verordnung bei der leistungsrechtlichen Beurteilung berücksichtigt werden.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Satz 2 streichen</p>	<p>Eine verspätete Ausstellung führt nicht zum Versagen der Leistung, siehe BSG, Urteil vom 20.04.2016 - Aktenzeichen B 3 KR 17/15 R</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c).</p> <p>Das angeführte Urteil bezieht sich nicht auf den Aspekt der rückwirkenden Verordnung.</p>	<p>Keine Änderung</p>

(4) Ist die außerklinische Intensivpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, teilt die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt dies schriftlich und unverzüglich der Krankenkasse mit.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
<p>a) <u>Satz ändern: „Sind die Anspruchsvoraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 37c SGB V für außerklinische Intensivpflege erloschen,..“</u></p>	<p>Ungleiche Regelung § 5 Absatz 4 zu § 39 Absatz 7. Es gibt in der AKI kein „teilweise“</p> <p>Sollte sich dieser Absatz auf die Rückzugspflege beziehen, sollte es erkenntlich sein.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile c).</p> <p>Es gibt in der AKI auch „teilweise“ (z.B. nur nachts, stundenweise Übernahme durch Angehörige).</p> <p>Bei Konstellationen, bei denen Versicherte nicht ganztägig durch einen Leistungserbringer, mit dem ein Vertrag nach § 132l SGB V besteht, versorgt werden, bleibt bei Erforderlichkeit ein Anspruch auf zusätzliche Leistungen der Behandlungspflege auf der Grundlage des § 37 SGB V bestehen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Ergänzen: Zeitgleiche Information des Versicherten.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Siehe Zeile c).</p> <p>Der Arzt oder die Ärztin kommt <b>[PatV, DKG, GKV-SV: gemeinsam] [KBV: im Kontakt]</b> mit dem Versicherten zu dieser Einschätzung.</p>	
<p>c) Streichen <del>„ganz oder teilweise“, schriftlich und unverzüglich“</del></p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zur Streichung „ganz oder teilweise“ siehe Zeile a).</p>	<p>Keine Änderung</p>

(5) <sup>1</sup>Bestandteil der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist der von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt erstellte Behandlungsplan **[GKV-SV zusätzlich:** gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie], der insbesondere die Indikation, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsmaßnahmen und -dauer) umfasst. <sup>2</sup>**[KBV, DKG, PatV zusätzlich:** Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte] **[DKG zusätzlich:** und die Partner des Rahmenvertrags über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement)]. <sup>2</sup> oder <sup>3</sup>Der Behandlungsplan ist der Krankenkasse vorzulegen. <sup>3</sup> oder <sup>4</sup>Der Behandlungsplan ist bei Änderungen (zum Beispiel des Bedarfs, des klinischen Status, der relevanten Kontextfaktoren) zu aktualisieren und erneut vorzulegen, sofern sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ergeben, die von der bestehenden Verordnung abweichen.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Absatz 5 streichen	Fehlende Rechtsgrundlage. Schützenswerte medizinische Daten.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Um Versorgungsbrüche, Diskontinuitäten und Informationsverluste bei der Versorgung von Versicherten zu vermeiden, sind im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege zusätzlich zu den grundlegenden Informationen, die aus der Verordnung hervorgehen, spezifische Angaben und konkretisierende Hinweise bezüglich vorhandener Fähigkeiten der oder des Versicherten, Hilfsmitteln, deren Einstellungen, sowie Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege not-	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>wendig. Diese werden als Bestandteil der Verordnung in einem individualisierten Behandlungsplan gebündelt. Dies ermöglicht insbesondere den Leistungserbringern in der außerklinischen Intensivpflege nach § 132I SGB V eine adäquate und sichere Versorgung der oder des Versicherten. Zudem ist aufgrund der Komplexität des Versorgungsbedarfes von Versicherten mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege und aufgrund der Vielzahl der beteiligten Akteure (Leistungserbringer nach § 132I SGB V, Heilmittelerbringer, Geräteprovider, Haus- und Fachärzte, Kliniken etc.) zur Sicherung der Behandlungsqualität ein verbindlicher Behandlungsplan zwingend erforderlich.</p>	
<p>b) Satz 1: Ablehnung (GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie)</p>	<p>Der Behandlungsplan ist nicht Bestandteil der Verordnung</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>Änderung</b> § 6 (ehemals § 5) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>Angaben aus Verordnung erschöpfend, zusätzlicher bürokratischer Aufwand</p>	<p>es ist Aufgabe des G-BA, grundlegende inhaltliche Anforderungen einheitlich festzulegen. Der G-BA hat die Inhalte des Behandlungsplans abstrakt geregelt. Die weitere Ausgestaltung erfolgt durch die Partner des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä). Dieser enthält als Anlage zum BMV-Ä die „Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“.</p> <p><b>DKG zusätzlich:</b> Für die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements siehe Zeile f).</p>	<p><i>„Bestandteil der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist der von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, gegebenenfalls unter Mitwirkung der potenzialerhebenden Ärztin oder dem potenzialerhebenden Arzt erstellte Behandlungsplan, der insbesondere konkretisierende Angaben</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. zu den erforderlichen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege,</i></li> <li><i>2. zur Atmung,</i></li> <li><i>3. Dysphagie und Husteninsuffizienz,</i></li> <li><i>4. zu Heil- und Hilfsmitteln,</i></li> </ol>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>5. zu Fähigkeiten/Funktionseinschränkungen zur Kommunikation,          6. Mobilität, Bewusstsein, Beweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten, sowie gegebenenfalls Hinweise zum Maskentyp,          7. zum Anfallsleiden und          8. zur Weaning- beziehungsweise Dekanülierungsstrategie</p> <p>umfassen soll.</p> <p>und Änderung <b>GKV-SV:</b></p> <p>Die Anlage zur Richtlinie wird gestrichen.</p>
<p>c) Satz 1: Zustimmung (GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie)</p>	<p>Schafft Klarheit, sonst zwei Verträge mit unterschiedlichen Konfliktlösungsmechanismen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Siehe Zeile b)</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	Behandlungsplan originärer Bestandteil der AKI und kann nicht in anderen Normen geregelt werden.	Siehe Zeile b).	
d) Satz 1: Behandlungsplan modifizieren (Fallmanager, fachliche Aufsicht, Dokumentation der Protokolle der Tätigkeit mit Evaluation des Therapieziels)	Siehe hierzu konkreter Vorschlag zur Änderung des Behandlungsplans aus der Stellungnahme unter Anhang Behandlungsplan	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b).	Siehe Zeile b)
e) Satz 1 ändern: Behandlungsplan als Anlage im Freitext, inhaltlich stark überarbeiten.	Datenschutz klären	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)	Siehe Zeile b)
f) Satz 2 (KBV, DKG, PatV zusätzlich): streichen	Aufgabe sollte G-BA übernehmen Sonst unterschiedliche Verträge mit unterschiedlichen Konfliktmechanismen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b). <b>DKG zusätzlich:</b> Für die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements sind für die Vordrucke die Vorgaben gemäß Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlass-	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		management) maßgeblich. Hierauf wird an dieser Stelle Bezug genommen.	
g) Satz 2 (KBV, DKG, PatV zusätzlich): Zustimmung	6. Flexibilität	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)	Siehe Zeile b)
h) Satz 2 (DKG zusätzlich): Ablehnung, Zustimmung fraglich	Sonst unterschiedliche Verträge mit unterschiedlichen Konfliktmechanismen Datenschutz Nicht erfasst vom Entlassmanagement sind Versicherte z.B. der PKV u.a.; ein Behandlungsplan würde alle Patienten absichern.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile f)	Siehe Zeile b)
i) Satz 2 (DKG zusätzlich): Ergänzen um Fallmanager	Entlassmanagement hat keine auf die außerklinische Intensivversorgung ausgerichtete Expertise (z.B. Sozialdienst)	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. <b>DKG zusätzlich:</b> An dieser Stelle wird lediglich auf den Behandlungsplan und seine weitere Ausgestaltung Bezug genommen.	Keine Änderung
j) Satz 3 oder 4 streichen	wie a)	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
	An die Krankenkasse zu übermitteln sind anonymisierte Daten zu den einzelnen Leistungskomplexen.	Siehe Zeile a)	
k) Satz 3 oder 4 anpassen	<p>Aktuell sind die Wiedervorlagekriterien sehr unklar formuliert. Das führt zu unnötigen rechtlichen Auseinandersetzungen.</p> <p>Ziel der Vorlage des Behandlungsplan nicht nachvollziehbar,</p> <p>alternativ über Aktualisierung der Pflegedokumentation regeln</p> <p>Überregulierung vermeiden</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Satz 4 (ehemals Satz 3/4) ist hinreichend klar.</p>	Keine Änderung
l) Satz 3 oder 4: Ergänzen: <i>Dient auch der Erfüllung der besonderen Beratungspflichten der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten.</i>	Rahmenverträge und der Bundesmantelvertrag der/dem Versicherten sind mit dem Behandlungsplan auszuhändigen (sonst Leistung spekulativ)	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Beratungspflicht der Krankenkasse nicht Gegenstand der Richtlinie.</p>	Keine Änderung

**B-5.1.6 § 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

(nach Stellungnahmeverfahren § 7)

(1) <sup>1</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern.

<sup>2</sup>Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Zeitraum Erstverordnung verlängern (6-8 Wochen, 8 Wochen, 12 Wochen, 3 Monate, 6 Monate</p>	<p>Zeitraum Erstverordnung zu kurz bemessen, um Erfolge erreichen und beurteilen zu können;                      es können Versorgungslücken bei der Anschlussversorgung entstehen;                      Organisatorische Gründe;                      Signal für Patienten, dass Versorgung langfristig gesichert ist,</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.                       Um bedarfsgerecht und zeitnah die Inhalte der Erstverordnung hinsichtlich der Anforderungen an die komplexe medizinische und pflegerische Versorgung anpassen zu können, wurde in § 7 (ehemals § 6) Absatz 1 Satz 2 eine Formulierung gewählt, die dem Ermessen ärztlicher Entscheidung bei der Dauer der Verordnung Rechnung trägt. So wird abweichend von der Regel ein Verordnungszeitraum von mehr als fünf Wochen im Rahmen der Erstverordnung als Ausnahme ermöglicht.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
b) Zeitraum Erstverordnung an prognostizierte Dynamik des Erkrankungsverlaufes ausrichten		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile a).	
c) Widerspruch zu 7 Tage im Rahmen des Entlassmanagements,		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Im Rahmen des Entlassmanagements ist die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß gesetzlicher Vorgabe auf einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen begrenzt. Erfolgt die erste Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements, gilt diese als Erstverordnung und ist lediglich für längstens sieben Tage auszustellen. Eine nahtlose Versorgung der Versicherten ist zu gewährleisten. Für die Folgeverordnung nach der Entlassverordnung ist keine erneute Potenzialerhebung notwendig (darf nicht älter als 3 Monate sein).	<b>Änderung:</b>  In § 7 (ehemals § 6) Wir in Absatz 1 folgender Satz 3 angefügt:  <i>„Erfolgt die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements, gilt diese als Erstverordnung und ist gemäß § 10 Absatz 1 für längstens sieben Tage auszustellen.“</i>
d) Visite nach 14 Tagen nach Überleitung in die AKI		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  In Absatz 2 Satz 5 wird normiert, dass die regelmäßige (immer wiederkehrende) persönliche Untersuchung	<b>Änderung:</b>  In § 7 (ehemals § 6) wird in Absatz 2

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt auch innerhalb der Zeitspanne zwischen zwei Verordnungen erforderlich ist. Dieser stetige persönliche Arzt-Patienten-Kontakt soll die qualitätsgesicherte Versorgung stärken und entsprechend der individuellen Versorgungssituation und den Rahmenbedingungen umgesetzt werden können. Daher wurde auf eine konkretisierende zeitliche Vorgabe verzichtet.</p>	<p>folgender Satz 6 angefügt:  <i>„Die konkrete Frequenz von weiteren Arztkontakten durch verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglichen Komplikationen.“</i></p>
<p>e) 5 Wochen nur bei Erstverordnung im der ambulanten Versorgung</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.                      Siehe Zeile c).</p>	<p>Siehe Zeile c).</p>
<p>f) Kritik: Innerhalb von 6 Wochen müssten demnach 3 Verordnungen (Entlassverordnung, Erstverordnung, 1. Folgeverordnung) ausgestellt werden und eine Potentialerhebung koordiniert werden.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.                      Siehe Zeile c).</p>	<p>Siehe Zeile c).</p>



(2) <sup>1</sup>Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Patienten mit dauerhaft unveränderbarem Zustand berücksichtigen (hier länger als 6 Monate)</p>	<p>Bei stabilem körperlichem Zustand ohne Entwöhnungspotential können Ressourcen auf allen Seiten geschont werden;  geringere Belastung des Patienten</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  Wenn bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten auf der Grundlage einer Erhebung nach § 5 festgestellt wurde, dass keine Aussicht auf eine nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, können Folgeverordnungen für längstens zwölf Monate ausgestellt werden. Die Gründe dafür gehen aus der Verordnung hervor. Diese Regelung korrespondiert mit § 5 (ehemals § 3) Absatz 4 (neu), wonach die Erhebung bei diesen Versicherten mindestens alle zwölf Monate durchzuführen ist.</p>	<p>Änderung:  In § 7 (ehemals § 6) wird in Absatz 2 folgender Sätze 2-4 angefügt:  „2Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten auf der Grundlage einer Potenzialerhebung nach § 5 keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung und ist eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich, können Folgeverordnungen für längstens bis zu 12 Monate ausgestellt</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p>werden. 3Die Gründe dafür müssen aus der Verordnung hervorgehen. 4Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.“</p>
<p>b) indikationsbezogen im Einzelfall bis zu 12 Monate,</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>
<p>c) unbegrenzt, „in der Regel“,</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>
<p>d) versorgungsindividuell nach fachlicher Expertise des Arztes),</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
e) Harmonisierung zur HKP bezüglich Dauer der Folgeverordnung		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine Verordnungsdauer von bis zur sechs Monaten ist erforderlich, um Änderungen im Versorgungsbedarf zeitnah erkennen und die Verordnung rechtzeitig anpassen zu können.</p>	Keine Änderung
f) Bei längerer Dauer der Verordnung dennoch regelmäßige klinische Kontrolle vorsehen,		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile d) zu Absatz 1</p>	Siehe Zeile d) zu Absatz 1
g) Kürzer: längstens 3 Monate und einmal pro Woche Visite durch Fallmanager	[hier wird vom Stellungnehmer ein Weaningprozess beschrieben]	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Das eigentliche Weaning oder die Dekanülierung erfolgt in der stationären Versorgung (zum Beispiel in einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsenwöhnungs-Einheit) und wird nicht in der AKI-RL geregelt. Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt muss den 6-Monatszeitraum nicht ausschöpfen. Es handelt sich insoweit um einen Maximalzeitraum (längstens für sechs Monate).</p>	Keine Änderung

**PatV zusätzlich:**

<sup>2</sup>Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, kann die Folgeverordnung für längstens 12 Monate ausgestellt werden, wenn kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung	Vor allem bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen um die Vermeidung zusätzlicher Belastungen für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a) zu Satz 1	Siehe Zeile a) zu Satz 1
b) Ergänzung um Erwachsene bei gleicher Fallkonstellation	eine Beschränkung auf Kinder und Jugendliche ist an dieser Stelle nicht nachvollziehbar; Entlastung für Patienten;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a) zu Satz 1	Siehe Zeile a) zu Satz 1
c) Wenn kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist, unbegrenzte Verordnungsdauer		Eine unbegrenzte Verordnungsdauer ist nicht sachgerecht. Auf diese Weise würden Veränderungen am Gesundheitszustand [KBV, GKV-SV: mit hoher Wahrscheinlichkeit] [DKG, PatV: ggf.] nicht	Siehe Zeile a) zu Satz 1

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>rechtzeitig festgestellt werden können. Damit wären Maßnahmen der Therapieoptimierung nicht sichergestellt.</p> <p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a) zu Satz 1</p>	
<p>d) Begründete Ablehnung</p>	<p>aufgrund der Schwere der Erkrankung auch bei Patienten ohne Potenzial regelmäßige Überprüfung der Verordnung, auch um ggf. eine Therapieoptimierung durchführen und weitere Anpassungen in der Behandlungsplanung vorzunehmen notwendig;</p> <p>bei Kindern und Jugendlichen kann sich die Entwicklung sehr schnell ändern;</p> <p>gerade bei Kindern kurzfristige Anpassungen in der Therapieplanung erforderlich;</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Aufgrund eines progredienten Krankheitsverlaufes kann es zu Verschlechterungen kommen, die es perspektivisch erforderlich machen könnten, den Versorgungsumfang zu erhöhen. Ebenso ist es möglich, dass aufgrund von prognostizierbaren Gesundheitsverbesserungen in absehbarer Zeit eine Verringerung des Versorgungsumfanges eintreten kann. Diese Aspekte sind bei der Frage, ob die maximal mögliche oder eine kürzere Verordnungsdauer gewählt wird, zu berücksichtigen.</p> <p>Unabhängig von der Dauer der Verordnung überprüft die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt regelmäßig den Zustand der oder des Versicherten auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung. Die konkrete Frequenz von weiteren Arztkontakten durch verord-</p>	<p>siehe Zeile a) zu Satz 1</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		nende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte be- misst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglichen Komplikationen.  Ansonsten siehe Zeile a) zu Satz 1	

DKG, GKV-SV, KBV	PatV
<sup>2</sup> Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versor- gungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	[streichen]

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung zu Satz 2	Versorgung der entsprechen- den Versicherten qualitativ zu verbessern/zu stabilisieren;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  PatV zusätzlich: Eine Beteiligung der An- und Zu- gehörigen an der im Rahmen der außerklinischen	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>teilweise Übernahme der Versorgung durch Angehörige kann zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen;</p> <p>es ist zwischen Leistungsanbietern und verantwortlichen Kostenträgern festzulegen welche Ressourcen vorgehalten werden müssen und deren Finanzierung ist sicherzustellen.</p>	<p>Intensivpflege verordneten Versorgung zielt insbesondere bei einer Versorgung im Haushalt der Familie der oder des Versicherten auf den Schutz der Familie und der Persönlichkeitsrechte der Versicherten und Ihrer Familienangehörigen. Die Beteiligung der An- und Zugehörigen muss in dem gewünschten Umfang ermöglicht werden, sofern die eigenständige Bewältigung des Versorgungsalltags auch unter Berücksichtigung der Familiensituation möglich ist, eine qualifizierende Anleitung in dem erforderlichen oder gewünschten Umfang nach § 3 (ehemals § 9) Absatz 1 Nummer 10 erfolgt ist und die fachgerechte Versorgung auch in Abstimmung mit dem Leistungserbringer nach § 132I SGB V sowie dem verordnenden Vertragsarzt oder der verordnenden Vertragsärztin durch die An- und Zugehörigen gewährleistet werden kann.</p>	
<p>b) Ergänzen: Beurteilung am Versorgungsort durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder Pflegestützpunkte</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Verordnung ist ärztliche Tätigkeit. Informationen von anderen an der Versorgung beteiligten Gesundheitsfachberufen könne in die Beurteilung einfließen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>c) Begründete Ablehnung zu Satz 2</p>	<p>Die persönlichen Ressourcen des Versicherten spielen bei der</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>(medizinischen) Beurteilung zur Dauer keine Rolle;</p> <p>es sollte vielmehr klar herausgestellt werden, dass die Strukturen vor Ort nach Bedarf bereit zu stellen sind;</p> <p>es gibt kein valides Messinstrument für die „Berücksichtigung“ solcher individuellen Ressourcen im häuslichen Umfeld, um aus der Beurteilung Konsequenzen ableiten zu können.</p> <p>Regelungen über den Versorgungsort können nicht Gegenstand dieser Richtlinie sein. Es liegen keine Kenntnisse zum Versorgungsort als Entscheidungsvoraussetzung vor;</p> <p>Aufenthaltsbestimmungsrecht des Versicherten; Unverletzlichkeit der eigenen Häuslichkeit;</p> <p>Ressourcenbegriff unklar;</p>	<p>Die Berücksichtigung von Ressourcen der oder des Versicherten bei der Festlegung der Dauer der Verordnung ist ein Grundsatz, der bei der Verordnung jeder veranlassten Leistung ärztlicherseits zu beachten ist.</p>	

<sup>3</sup>Unabhängig von der Dauer der Verordnung hat **[KBV, PatV: hat-soll]** die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt regelmäßig den Zustand der oder des Versicherten auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung zu **[KBV, PatV: zu]** überprüfen.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Begründete Zustimmung „soll“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mit Ergänzung Telemo- nitoring</li> <li>○ mit Ergänzung „wenn vom Versicherten nicht gegenteilig gewünscht“</li> <li>○ Hausbesuch</li> </ul>	<p><del>7. Flexibi- lität;</del>  <del>8. Berück- sichtigung Patientenwille;</del>  <del>9. lässt begründete Abweichung zu;</del>  <del>10. die flä- chendeckende ärztliche Ver- sorgung darf durch anlass- freie verpflichtende Untersu- chungen nicht gefährdet wer- den.</del></p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.          Siehe Zeile b).</p>	<p>Siehe Zeile b)</p>
<p>b) Begründete Ablehnung „soll“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mit Ergänzung Mindest- intervall drei Monate</li> <li>○ mit Ergänzung um den Aspekt Bindungsent- wicklung bei Kindern und Jugendlichen</li> </ul>	<p>Sicherstellung der Versor- gung,          Hausbesuche sind obligat;          hohe Verbindlichkeit wichtig;</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.          Der stetige persönliche Arzt-Patienten-Kontakt soll die qualitätsgesicherte Versorgung stärken und entsprechend der individuellen Versorgungssi- tuation und den Rahmenbedingungen umgesetzt werden können.          Vor diesem Hintergrund kommt Hausbesuchen eine besondere Bedeutung zu, um die persönliche</p>	<p><b>Änderung:</b>          In § 7 (ehemals § 6) wird in Absatz 2 Satz 5 die Angabe „hat/soll“ durch das Wort „über- prüft“ ersetzt und die Angabe „zu</p>

		Untersuchung ohne unzumutbare gesundheitliche Belastungen für die Versicherten zu gewährleisten.	<i>überprüfen /überprüfen“ gestrichen</i>
c) Satz 3 streichen	aufgrund der maximalen Verordnungszeit von 6 Monaten und der ohnehin regelmäßigen Potenzialerhebung überflüssig;	Siehe Zeile d) zu Satz 2 PatV	Keine Änderung
d) Satz 3 „regelmäßig“ präzisieren	„regelmäßig“ kann ausgelegt werden (somit viel zu selten möglich)	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  In Absatz 2 Satz 5 (ehemals Satz 3) wird normiert, dass die regelmäßige (immer wiederkehrende) persönliche Untersuchung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt auch innerhalb der Zeitspanne zwischen zwei Verordnungen erforderlich ist. Dieser stetige persönliche Arzt-Patienten-Kontakt soll die qualitätsgesicherte Versorgung stärken und entsprechend der individuellen Versorgungssituation und den Rahmenbedingungen umgesetzt werden können. Daher wurde auf eine konkretisierende zeitliche Vorgabe verzichtet.	Keine Änderung
e) Ergänzen Vorgehen bei Fristversäumnis, das nicht durch den Versicherten zu verantworten ist		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Zur Sicherstellung einer fristgerechten Verordnung (siehe Absatz 3) sollte ein ausreichender zeitlicher Vorlauf eingeplant werden. Die in Absatz 3	Keine Änderung

		genannte Frist stellt eine Mindestfrist dar. In begründeten Einzelfällen kann eine rückwirkende Verordnung bei der leistungsrechtlichen Beurteilung berücksichtigt werden.	
--	--	--	--

(3) Die Folgeverordnung ist spätestens drei Arbeitstage (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Mindestens 7, 10, 14 Arbeitstage vor Ablauf	Anforderungen an eine Folgeverordnung höher als bei HKP,	<p>Um die kontinuierliche Versorgung bei anhaltendem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege und entsprechender Folgeverordnung sicherzustellen, ist eine Mindestfrist zur Ausstellung der Folgeverordnung vor Ablauf der Dauer der bestehenden Verordnung von außerklinischer Intensivpflege festgelegt. Sie dient der Vorbereitung und Planungssicherheit der oder des Versicherten und des beauftragten Leistungserbringers nach § 132I SGB V.</p> <p>Die Frist wurde in Orientierung an die bereits etablierten Fristen gemäß der Regelung in der HKP-RL gewählt.</p>	Keine Änderung
b) „soll“ statt „ist“	Anspruch auf Leistung bleibt bei Verzögerung -die nicht durch Patienten verantwortet ist - bestehen, ebenso für Fortgeltung der alten Verordnung;	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile e) zu Absatz 2.</p>	Keine Änderung
c) Ergänzung um Telemedizin		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Voraussetzung für jede Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Versicherten und der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer persönlichen Untersuchung überzeugt hat.</p>	
<p>d) Ergänzung eines Reminders durch die Kasse vier Monate im Vorfeld</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Koordination der medizinischen Behandlung, einschließlich der rechtzeitigen Ausstellung von Verordnungen, liegt in der Verantwortung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes (vgl. auch § 12 Absatz 1).</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Ergänzung Fortgelten der alten Verordnung, wenn Frist nicht eingehalten werden kann (mit /ohne Verschulden des Patienten)</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile e) zu Absatz 2</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>f) Einbindung Fallmanager</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Richtlinie regelt die Verordnung der Veranlassten Leistung außerklinische Intensivpflege. Eine Regelungskompetenz für Dritte besteht nicht. Die Verantwortung für die interdisziplinäre</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>und sektorenübergreifende Koordination der medizinischen Behandlung sowie die rechtzeitige Einleitung des Verfahrens zur Erhebung obliegt der verordnenden Vertragsärztin beziehungsweise dem verordnenden Vertragsarzt.</p>	
<p>g) Absatz 3 streichen</p>	<p>zu unbestimmt, durch Regelung in §§ 3 und 5 überflüssig</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Regelung dient der Vorbereitung und Planungssicherheit der oder des Versicherten und des beauftragten Leistungserbringers nach § 132l SGB V.</p>	<p>Keine Änderung</p>

**B-5.1.7 § 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements**  
(nach Stellungnahmeverfahren § 10)

Ablehnung § 7 insgesamt (Einschränkung des Versicherten)

(1) Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt mit Qualifikationen gemäß § 4 Absatz [GKV-SV: 1 und 2] [KBV, PatV, DKG: 2 und 3]) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
a) Absatz streichen	Widerspruch zu § 6 Absatz 1	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Im Rahmen des Entlassmanagements ist die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß gesetzlicher Vorgabe auf einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen begrenzt. Erfolgt die erste Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements, gilt diese als Erstverordnung und ist lediglich	<b>Änderung:</b>  In § 7 (ehemals § 6) wird in Absatz 1 folgender Satz 3 angefügt:  <i>„Erfolgt die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements, gilt diese als Erstverordnung und</i>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>für längstens sieben Tage auszustellen. Eine nahtlose Versorgung der Versicherten ist zu gewährleisten.</p> <p>Für die Folgeverordnung nach der Entlassverordnung ist grundsätzlich keine erneute Potenzialerhebung notwendig (da hier Voraussetzung erfüllt ist, dass die Potenzialerhebung nicht älter als 3 Monate sein darf).</p>	<p><i>ist gemäß § 10 Absatz 1 für längstens sieben Tage auszustellen.“</i></p>
<p>b) Zeitraum verlängern (14 Kalendertage, 21 Kalendertage, 28 Kalendertage, 5 Wochen, 3 Monate</p>	<p>Qualifizierte Ärzte mit terminlichen Kapazitäten müssen gefunden werden; Organisatorischer Umfang; Verordnung wird auch im Entlassmanagement durch Spezialisten ausgestellt, hieraus daher 7 Tage nicht begründet; besondere Anforderungen an AKI Verordnung erfordern längeren Zeitraum; Sicherstellung der Versorgung; Innerhalb von 6 Wochen müssten gemäß Richtlinienentwurf innerhalb von 6 Wochen 3 Verordnungen (Entlassverordnung, Erstverordnung, 1. Folgeverordnung) ausgestellt werden und eine Potentialerhebung koordiniert werden. Dies ist nicht nur den Vertragsärzten organisatorisch nicht zumutbar,</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a)</p>	<p>Siehe Zeile siehe a)</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	sondern ist auch mit Blick auf die Patientenkielentel nicht erforderlich, da eine Entscheidung, ob ein Weaningpotential vorliegt oder nicht unmittelbar vor der Entlassung geprüft wurde und Therapieziele in der außerklinischen Intensivpflege nicht im Wochentakt erreicht werden können;		
c) Bei 7 Tagen muss weitere Versorgung geklärt sein		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)	Siehe Zeile a)
d) Werktage statt Kalendertage,	im Falle von Wochenend- und Feiertagen kann eine Fristverkürzung auf nur 4 Tage die Folge sein	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Vorgabe des Verordnungszeitraums dient der Umsetzung der Ermächtigungsgrundlage und orientiert sich an der gesetzlichen Regelung des Verordnungszeitraums „von bis zu 7 Tagen“.	Keine Änderung
e) Wenn die Gründe für die Fristversäumnis (der Folgeverordnung) nicht durch den Versicherten/die		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>Versicherte zu verantworten sind, gilt die Verordnung weiter.</p>		<p>Der G-BA kann die Dauer der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements nicht verlängern. Dies ist gesetzlich eindeutig geregelt. Damit nach 7 Tagen eine Anschlussversorgung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt sichergestellt werden kann, wird in § 10 Absatz 2 und 4 im Detail geregelt, wie das Entlassmanagement ausgestaltet werden muss. U.a. wird geregelt, dass das Krankenhaus ab Feststellung der Erforderlichkeit einer AKI eine entsprechende Verordnung ausstellen darf.</p>	
<p>f) Das Ziel <u>vor einer Entlassung</u> in die außerklinische Intensivpflege sollte es sein, die Versorgung durch die Krankenkasse <u>genehmigt</u> zu haben. Dazu ist es notwendig den Medizinischen Dienst schon frühzeitig, während des Krankenhausaufenthaltes, einzuschalten.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine wesentliche Voraussetzung für eine gelungene Überführung in die außerklinische Intensivpflege ist die frühzeitige und nachhaltige Einbindung der Krankenkasse. Wenn das Krankenhaus zu der Einschätzung gelangt, dass nach der Entlassung eine außerklinische Intensivpflege erforderlich ist, hat es</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>die Krankenkasse unverzüglich zu informieren. In der Regel wird dies mindestens 14 Tage vor der Entlassung erfolgen.</p> <p>Die Ausstellung der Verordnung kann erfolgen, sobald die Erforderlichkeit der außerklinischen Intensivpflege festgestellt wird.</p> <p>Eine persönliche Begutachtung der oder des Versicherten durch den Medizinischen Dienst am Leistungsort kann erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen.</p> <p>Alle Voraussetzungen zur Frühzeitigen Einbindung des Medizinischen Dienstes, die durch den Prozess der Verordnung beeinflusst werden können, sind in Absatz 2 und 4 geregelt.</p>	
<p>g) freies Wahlrecht des Versicherten bzgl. durch Kostenträgerqualifizierte Leistungserbringer</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Das Krankenhaus wird in Abstimmung mit der oder dem Versicherten Kontakt mit geeigneten Leistungserbringern nach § 132I SGB V</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>zur Klärung der Möglichkeit der Weiterversorgung und zur Abstimmung eines Entlasstages aufnehmen. Hierzu kann die Krankenkasse der oder dem Versicherten und dem Krankenhaus kurzfristig nach der Verständigung auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte eine Liste der Leistungserbringer übermitteln, mit denen hierzu Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.</p> <p>Das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten darf nicht eingeschränkt werden.</p>	
<p>h) Einbeziehung der Versicherten bzw. Stellvertreter in alle Entscheidungen der Überleitung</p>	<p>Teilhabe, Selbstbestimmung</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Richtlinie regelt ein strukturiertes gemeinsames Vorgehen von Krankenhaus, Krankenkasse, Versicherter oder Versichertem und Leistungserbringer nach § 132I SGB V im Vorfeld der Entlassung.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>i) Ergänzung um Beratung der Betroffenen über Rechte aus dem Bundesteilhabegesetz und um die</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
praktische Einleitung von erforderlichen Teilhabeleistungen		Die Berücksichtigung der Teilhabe ist immer Bestandteil der ärztlichen Behandlung.	
j) Bei Kindern und Jugendlichen Ergänzung um Sozialmedizinische Nachsorge		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Sozialmedizinische Nachsorge-maßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche werden nach Maßgabe von § 43 Absatz 2 SGB V erbracht.	Keine Änderung

(2) <sup>1</sup>Die Ausstellung der Verordnung kann erfolgen, sobald die Erforderlichkeit der außerklinischen Intensivpflege festgestellt wird. <sup>2</sup>Das voraussichtliche Entlassdatum ist auf der Verordnung anzugeben. <sup>3</sup>Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege beginnt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ergänzung „die Leistung der AKI beginnt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus/ der Rehaeinrichtung“	Koordinierung, Einweisungen, Konsil durch weiterversorgenden Arzt/Pflegedienst wird hier als Bestandteil der AKI Leistung gesehen;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Der Leistungsanspruch der außerklinischen Intensivpflege kann erst ab Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen, da die notwendig medizinisch-pflegerische Versor-	Keine Änderung

Hinweise:	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>gung während des Krankenhausaufenthaltes durch das Krankenhaus erfolgt.</p> <p>Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.</p>	
<p>b) bei Kindern und Jugendlichen, ist bei Überleitung in die ambulante Versorgung regelhaft die Sozialmedizinische Nachsorge zu verordnen.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile j) zu Absatz 1</p>	Keine Änderung
<p>c) Pflege-Überleitungsbogen integraler Bestandteil des Entlassungsmanagements</p>	<p>Alleine aus den ärztlichen Diagnosen und der ärztlichen Verordnung lassen sich die Anforderungen an die poststationäre Pflege nicht ableiten</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Regelungen zu dem Pflege-Überleitungsbogen sind nicht Gegenstand der Richtlinie. Der G-BA hat vorgegeben, dass es einen Behandlungsplan geben muss.</p>	Keine Änderung

(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten muss vor der Verordnung eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus und des diesbezüglichen Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] vorgenommen worden sein.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung	Sicherstellung Potenzialausschöpfung	Kenntnisnahme	Keine Änderung
b) Externe Ärztin oder Arzt für die Einschätzung vorgeben (Fallmanager der Versicherung)	neutral	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Regelung zur Einbindung Dritter liegt außerhalb der Regelungskompetenz des G-BA.	Keine Änderung
c) Ausnahmetatbestand formulieren für Patienten, die bei denen eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung nicht zweckmäßig oder gar nachteilig ist.	bei Kontraindikationen zum Entwöhnungsversuch	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. <b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> Die Zielrichtung des GKV-IPReG ist unter anderem, nicht erforderliche Versorgungen mit außerklinischer Intensivpflege zu vermeiden. (...) Aus diesem Grunde darf das Krankenhaus Versicherte <b>[DKG: grundsätzlich]</b> nur dann entlassen, wenn zuvor das Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial erhoben worden ist und im Falle eines aktuell bestehenden Potenzials eine Anschlussversorgung zur	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Beatmungsentwöhnung, gegebenenfalls auch in einer anderen Klinik, eingeleitet worden ist.</p> <p><b>DKG:</b></p> <p>Das Nähere zum Vorgehen des Krankenhauses bei der Behandlung von Patienten mit aktuell vorliegendem Potenzial wurde durch das IPRéG bereits in anderen Normen geregelt.</p>	

**KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich**

<sup>2</sup>Dabei ist durch das Krankenhaus sicherzustellen, dass bei aktuell vorliegendem Potenzial keine Überführung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung erfolgt.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung	Unterstützt Intention des § 37c SGB V; stationär besser durchführbar, früher Zeitpunkt;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c) zu Satz 1	Keine Änderung
b) Streichen oder Sicherstellung durch Krankenkasse ergänzen	keine ausreichenden Kapazitäten an Weaning-Einrichtungen vorhanden; Redundant zu § 3 Absatz 3	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile c) zu Satz 1.	Keine Änderung
c) Ergänzen um Kooperation mit der Krankenkasse, Suche nach Behandlungskapazitäten (Weaningzentren)	Krankenhaus kann das nicht sicherstellen	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. G-BA hat keine Zuständigkeit, Inhalte der Krankenhausbehandlung zu konkretisieren.	<b>Änderung</b> In § 4 (ehemals § 3) Absatz 3 wird Satz 2 wie folgt gefasst: <i>„Die Krankenkassen wirken unterstützend mit, geeignete Einrichtungen nach Satz 1 mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu ergänzen.“</i>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<i>pazitäten zu benennen, sofern ihnen diese bekannt sind.“</i>
d) Externe Ärztin oder Arzt für die Einschätzung vorgeben	Fokus auf die tatsächliche Versorgungssituation des Versicherten	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung zu § 7 Absatz 3 Satz 1 Zeile b)	Keine Änderung
e) Ergänzung, dass der nur Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung mit dem Einverständnis des Patienten erfolgen darf und eine Ablehnung des Patienten keine negativen Folgen haben darf	die Entwöhnung kann zu großen Einschränkungen der Lebensqualität des Patienten führen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Maßnahmen zum Weaning werden mit dem Versicherten abgestimmt. <b>[PatV, KBV; DKG:</b> Sie erfolgen nicht gegen den Willen des Versicherten.] Eine Ergänzung ist nicht erforderlich.	Keine Änderung
f) Ergänzung von Ausnahmetatbeständen bei nicht behebbaren Konstellationen		siehe Würdigung zu § 7 Absatz 3 Satz 1 Zeile c)	Keine Änderung
g) Potenzialbegriff zu unscharf		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. In Ermangelung eines Vorschlags kann keine Bewertung erfolgen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>h) Ergänzung: „möglichst in einem spezialisierten Zentrum“, „in einem hierfür spezialisierten Bereich“</p>		<p>Spezifizierung der Einrichtung ist kein Regelungsgegenstand der AKI-RL.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>i) Änderung „soll“ sichergestellt werden Ergänzung: „<sup>3</sup>Anderenfalls ist zu dokumentieren, warum für einen stationären Weaningversuch keine Indikation vorlag.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur diese Formulierung lässt offen, dass Weaning bei gegebener Indikation in Häuslichkeit erfolgen kann</li> <li>- Wichtig, nach Gründen zu fragen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen</p>	

**Absatz 4 „Allgemeines“**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Begründete Ablehnung Position KBV, DKG, GKV insgesamt Absatz 4</p>	<p>Einschränkungen, die mit der operationalisierten Beschreibung der Maßnahmen zur Auswahl eines geeigneten Leistungsortes oder Leistungserbringers verbunden sind, entsprechen nicht dem tatsächlichen Versorgungsbedarf und Leistungsanspruch von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Nach § 37c Absatz 1 Satz 3 SGB V haben Versicherte gegenüber der zuständigen Krankenkasse einen Beratungsanspruch zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts. Es besteht aber keine Verpflichtung der Versicherten, eine solche Beratung in Anspruch zu nehmen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

<sup>1</sup>Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wurde, hat dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ergänzung Information des Versicherten	Versicherte muss Vorkehrungen treffen, ist Betroffener	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Information des Patienten ist Regelungsinhalt des Entlassmanagements, die AKI-RL regelt Besonderheiten im Rahmen der Verordnung von Leistungen der AKI im Rahmen des Entlassmanagements.	Keine Änderung
b) Streichen	Verstoß gegen § 19 SGB IV.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV, PatV, KBV:</b> Das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V entlastet den Patienten und stellt einen Anspruch dar. Die Forderung, dass Versicherte selber Anträge aus dem Krankenhaus herausstellen müssen, ist nicht sachgerecht.  <b>DKG:</b> Für das Entlassmanagement nach § 39 Abs 1a SGB V bedarf es einer Zustimmung der Patientin oder des Patienten.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
c) Ergänzen: Fallmanagement der Versicherung	Versicherung ist dadurch über die Patientensituation informiert; zügige Bearbeitung des Verantwortungsbereiches der Kostenträger	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Zur Vorgabe eines Fallmanagements im Rahmen des Entlassmanagements besteht in der AKI-RL keine Regelungskompetenz des G-BA	Keine Änderung
d) Ergänzen: qualifizierte Beratung durch eine Fachkraft der Sozialen Arbeit zu individuell geeigneten Leistungsorten	Anspruch auf soziale Beratung; Selbstbestimmungsrecht gewährleisten	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Zur Vorgabe einer qualifizierten Beratung durch eine Fachkraft der Sozialen Arbeit im Rahmen des Entlassmanagements besteht in der AKI-RL keine Regelungskompetenz.	Keine Änderung
e) Operationalisierung einzelner Verfahrensschritte in der AKI-RL dürfen Anspruch auf Entlassmanagement und Anschlussversorgung nicht einschränken.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Regelungen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V bleiben hiervon unberührt / Regelungen in der AKI-RL wirken nicht einschränkend	Keine Änderung
f) Kinder und Jugendliche - Anschlussversorgung unklar: Verweis auf Be-		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>ratung zu Ansprüchen aus Bundes- teilhabegesetz, Sozialmedizinische Nachsorge</p>		<p>Sozialmedizinische Nachsorgemaß- nahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugend- liche werden nach Maßgabe von § 43 Absatz 2 SGB V erbracht.</p>	
<p>g) Im Zuge des Entlassmanagements differenziertes Assessment der Ausgleichsbedarfe krankheitsbe- dingten Einschränkung von Fähig- keiten und Funktionen (auf Basis der ICF)</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Zur Vorgabe des Assessments im Rahmen des Entlassmanagements im Sinne der Stellungnahme be- steht in der AKI-RL keine Regelungs- kompetenz. Dies ist Gegenstand des Rahmenvertrags gem. § 39 Ab- satz 1a SGB V.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>h) Ergänzen: Feststellung möglichst durch spezialisiertes Zentrum</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  siehe Würdigung § 7 Absatz 3 Satz 2 Zeile h)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>i) Ergänzung: Einarbeitung von Ange- hörigen (sofern diese Versorgung leisten) bereits in der entlassenden Klinik und Information an weiterbe- handelnden Arzt</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Eine Einarbeitung von Angehörigen im Rahmen des Entlassmanage-</p>	<p>Keine Änderung</p>

---

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		ments als Leistung des Krankenhauses liegt nicht im Kompetenzbereich der AKI-RL.	

<b>PatV</b>
<p><sup>2</sup>Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse die Versorgung durch einen Leistungserbringer oder eine von der oder dem Versicherten selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– eher geeignet bezgl. Selbstbestimmung, Wahlrecht, Formulierung ausreichend;</li> <li>- Keine Einschränkung des Leistungsortes</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	Siehe Zeile b)
b) Begründete Ablehnung	<p>Abstimmung mit Krankenkasse ist nicht ausreichend, muss zwingend vor Einbindung des Leistungserbringers erfolgen um neutral zu sein, Formulierung ist zu allgemein gehalten/ zu unverbindlich</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>PatV:</b></p> <p>Der Vorschlag der DKG wird in Verbindung mit folgendem Satz konsentiert: <i>„In Abstimmung mit der oder dem Versicherten nimmt das Krankenhaus Kontakt zu einem oder mehreren Leistungserbringern auf, um die Möglichkeit der Weiterversorgung der oder des Versicherten</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<i>zu klären und den voraussichtlichen Entlasstag abzustimmen.“</i>
c) Ergänzen: Fallmanagement der Krankenkasse		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 zu Zeile c)	Keine Änderung
d) Ergänzen: Sicherstellung der Anschlussversorgung vor der Entlassung und durch Casemanagement der Krankenkasse		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 zu Zeile c)	Keine Änderung
e) Ergänzen. Abstimmung mit dem/der Versicherten		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)	Siehe Zeile b)

**[GKV-SV, KBV zusätzlich:** <sup>2</sup>Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung	Einbindung vor Beauftragung des Leistungserbringers erforderlich	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

**DKG, GKV-SV, KBV** <sup>2</sup> oder <sup>3</sup>Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung	Sicherstellung Anschlussversorgung, adäquate Beratung, gesetzlicher Auftrag §37c Absatz 1 Satz 3 SGB V, Einbindung vor Beauftragung des Leistungserbringers erforderlich; unabhängige und objektive Beratung des Patienten durch die Krankenkasse	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
b) Beratung durch Krankenkasse streichen	Wettbewerb verzerrt, Einbeziehung Krankenkasse erfordert zusätzliche Zeit,; Wahlfreiheit des Patienten eingeschränkt, geeigneter Leistungserbringer kann die Erfüllung des Versorgungsauftrages sicherstellen, nicht neutral, keine unabhängige Beratung,	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV, PatV zusätzlich:</b> § 7 Absatz 4 ist eine Prozessbeschreibung im Rahmen des Entlassmanagements im Zusammenhang mit einer Verordnung der Leistungen von AKI, das im Rahmen dieses Prozesses	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>Zeitverzug zulasten von Weaningzentren, Aufgabe der Beratung zu einem Leistungsort nicht Aufgabe des Kostenträgers, sondern als Aufgabe eines Leistungserbringers; Beratung in der Praxis durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Überregulierung der Aufgabe des Sozialdienstes;</p>	<p>der Beratungsbedarf gem. § 37c Absatz 1 Satz 3 SGB V zu klären ist und diese Beratung in Bezug auf Orte auch objektiv ist, indem der Versicherte hinsichtlich der unterschiedlichen Versorgungssettings im Rahmen der AKI informiert wird. Daher ist die diesbezügliche Formulierung und Reihenfolge sachgerecht.</p> <p>Die Krankenkasse benötigt die Informationen noch vor Inanspruchnahme der Leistung, bevor eine Entlassung ansteht, um den Auftrag erfüllen zu können.</p> <p><b>DKG zusätzlich:</b> Nach § 37c Absatz 1 Satz 3 SGB V haben Versicherte gegenüber der zuständigen Krankenkasse einen Beratungsanspruch zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts. Es besteht aber keine Verpflichtung der Versicherten, eine solche Beratung in Anspruch zu nehmen.</p>	
<p>c) Ergänzen um interessensunabhängige Beratung durch z.B. Pflegebe-rater*innen nach § 7a SGB XI sowie</p>	<p>unterstützt die Souveränität des Patienten</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
ergänzend unabhängige Teilhaber*innen, Person des Vertrauens, Fachkraft der Sozialen Arbeit		Eine Konkretisierung der Beratung ist nicht Regelungsgegenstand des G-BA.	
d) Beratung nur auf Wunsch/ Einwilligung des Versicherten		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Nach § 37c Absatz 1 Satz 3 SGB V haben Versicherte gegenüber der zuständigen Krankenkasse einen Beratungsanspruch zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts. Es besteht aber keine Verpflichtung der Versicherten, eine solche Beratung in Anspruch zu nehmen.	Keine Änderung
e) Ergänzen: Verpflichtung der Krankenkasse zur (unverzöglichen) Beratung, Casemanagement		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Casemanagement: siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 Zeile c) Die Formulierungen nach § 7 Abs 4 sollen sicherstellen, dass das Beratungsangebot schnellstmöglich unterbreitet wird („unverzöglich“)	Keine Änderung
f) Ergänzung: besonders geschultes Fachpersonal der Krankenkasse /		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
Case-Manager der Krankenkasse zur Beratung einsetzen		siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 Zeile c)	
g) Einwilligung des Versicherten in Datenweiterleitung erforderlich		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Bereits nach § 39 Absatz 1a Satz 14 SGB V geregelt.	Keine Änderung
h) Beratung im Sinne der Unterstützten Entscheidungsfindung in barrierefreier Form		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile i).	Keine Änderung
i) Ergänzen: Das unterstützende soziale Umfeld mit Fokus auf die zukünftige Versorgung ist in die Beratung zu inkludieren.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Ausgestaltung der Beratung ist kein Regelungsgegenstand des G-BA	Keine Änderung
j) Ergänzen: spezielle Beratung für AKI entbindet die Krankenkassen nicht von ihren allgemeinen Beratungspflichten (insb. pers. Budget)		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Regelung zur Beratung gemäß SGB I gilt ohnehin	Keine Änderung

3 oder 4

GKV-SV, KBV	DKG
<p>Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt hat, benennt die Krankenkasse der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt, kann die Krankenkasse, der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus diesbezügliche Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar.</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Begründete Zustimmung (Pos. GKV-SV, KBV)</p>	<p>Damit ist die Zusammenarbeit von Krankenkasse und Versicherten gestärkt und festgelegt.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) DKG Position: begründete Ablehnung</p>	<p>Formulierung ist zu allgemein/unverbindlich</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>c) Ergänzen: Fallmanagement der Krankenkasse</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 Zeile c)</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
d) Ändern: Selbstbestimmung / Wahlrecht des Versicherten muss gegeben sein		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten darf nicht eingeschränkt werden.	Keine Änderung
e) Ablehnung (beide Positionen)	Wahlfreiheit des Patienten eingeschränkt	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d)	Keine Änderung
f) Keine Verständigung zum Ort der Leistungserbringung erforderlich (beide Positionen)	Verständigungserfordernis widerspricht dem Recht auf freie Wahl des Ortes,	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d)	Keine Änderung
g) Auswahl des Leistungsortes mit Fachkraft der Sozialen Arbeit		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 zu Zeile d)	Keine Änderung
h) „Leistungsort“ durch Lebensmittel-punkt ersetzen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Formulierung entspricht dem Gesetzeswortlaut (§ 37c Absatz 1 Satz 3)	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
i) Das Wort "geeigneter" Ort als Begriff streichen.	Wahlfreiheit des Versicherten zum Versorgungsort wird Rechnung getragen.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Formulierung entspricht dem Gesetzeswortlaut (§ 37c Absatz 1 Satz 3)	Keine Änderung
j) Nicht Liste, sondern Eignung des Leistungserbringers als Anknüpfungspunkt für die zur Bestimmung des Leistungserbringers; Liste muss transparent und neutral sein		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Nach § 132I Absatz 8 SGB V müssen die Vertragspartner eine Liste quartalsweise erstellen, die barrierefrei zugänglich ist.	Keine Änderung
k) Streichen	Austausch zwischen Krankenkasse, Krankenhaus und Leistungserbringer nur mit Einwilligung des Patienten,	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 2 oder 3 Zeile f)	Keine Änderung

**DKG, GKV-SV, KBV**<sup>4 oder 5</sup> In Abstimmung mit der oder dem Versicherten nimmt das Krankenhaus Kontakt zu einem oder mehreren Leistungserbringern auf, um die Möglichkeit der Weiterversorgung der oder des Versicherten zu klären und den voraussichtlichen Entlasstag abzustimmen.<sup>5 oder 6</sup> Das Krankenhaus teilt der Krankenkasse den mit dem Leistungserbringer abgestimmten voraussichtlichen Entlasstag mit.<sup>6 oder 7</sup> Zeigt sich, dass der oder die in Aussicht genommenen Leistungserbringer keine verfügbaren Kapazitäten für die Versorgung der oder des Versicherten haben, stimmen sich die oder der Versicherte, das Krankenhaus sowie die Krankenkasse gemeinsam über das weitere Vorgehen ab.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung	Stellt zielgerichteten Überleitungsprozess sicher	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
b) Immer mehrere/ alle Leistungserbringer, die die Versorgung erbringen können, mitteilen	Wahlfreiheit	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Liste beinhaltet alle Leistungserbringer, mit denen ein Vertrag besteht.	Keine Änderung
c) Nicht Krankenhaus, sondern Krankenkasse kontaktiert Leistungserbringer	Widerspruch zu den vorherigen Ausführungen zu Absatz 4: Leistungserbringer wählt Versicherter mit Krankenkasse aus	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV, PatV, KBV:</b> Dies ist Aufgabe des Krankenhauses im Zuge des Entlassmanagements, nicht der Krankenkasse. Die Krankenkasse kann durch Übermittlung von Listen mit Leistungserbringern nach § 132l Absatz 5 bzw. 8 SGB bei der Auswahl des Leistungserbringers unterstützen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p><b>DKG:</b> Dies ist grundsätzlich Aufgabe des Krankenhauses im Zuge des Entlassmanagements Die Krankenkasse kann beispielsweise durch Übermittlung von Listen mit Leistungserbringern nach § 132I Absatz 5 bzw. 8 SGB bei der Auswahl des Leistungserbringers unterstützen.</p>	
<p>d) Prozess verschlanken</p>	<p>Genehmigungsfähiger Versorgungsvorschlag durch Casemanagement der Krankenkasse an das Krankenhaus</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 Zeile c)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Ergänzen: Unterstützung der Krankenkasse, geeignete Leistungserbringer mit Versorgungskapazitäten zu finden</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Siehe Würdigung Absatz 3 Satz 2 Zeile c) und Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 7 Zeile c)</p>	<p>Siehe Würdigung Absatz 3 Satz 2 Zeile c)</p>
<p>f) Ergänzen um Ausrichtung auf Lebensmittelpunkt des Versicherten</p>	<p>„In Abstimmung mit...“ stellt keine echte Partizipation dar</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 3/4 Zeile h) und Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 3/4Zeile d)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>g) Begründete Ablehnung Satz 6/7</p>	<p>Lebensfremd, zur Klärung der Möglichkeiten zur Weiterversorgung hat sich</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	zunächst allein das Krankenhaus mit dem Versicherten ins Benehmen zu setzen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Regelung soll gerade die Weiterversorgung sichern	

**DKG zusätzlich:** <sup>7</sup>Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung	Es ist sinnvoll, dass die Krankenkasse den Versicherten/ die Versicherte unterstützt, indem sie nicht nur geeignete Leistungserbringer, sondern dabei auch deren Versorgungskapazitäten berücksichtigt; Entlassungsprozess wird beschleunigt,  Die Krankenkasse eine besondere Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeiten.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
b) Begründete Ablehnung	Einschränkung Wahlfreiheit; Aufgabe obliegt dem Entlassmanagement des Krankenhauses, Regelung ist nicht realistisch	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Regelung dient der Sicherstellung der Versorgung; die Wahlfreiheit wird nicht eingeschränkt	Keine Änderung
c) Ergänzung „...soweit sie darüber Kenntnis haben.“	Es gibt kein verpflichtendes und standardisiertes Meldeverfahren für freie Kapazitäten	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<b>Änderung:</b>  In § 10 (ehemals § 7) Absatz 4 wird der letzte Satz wie folgt gefasst:  „Diese Abstimmung beinhaltet auch,

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<i>dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, soweit ihr diese bekannt sind.“</i>
d) Ergänzen als verbindliche Aufgabe durch Krankenkasse	genehmigungsfähige und finanzierte Vorschläge durch die Krankenkasse	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Regelung kommt nur im Bedarfsfall zum Tragen	Keine Änderung

(5) <sup>1</sup>Verordnung im Entlassmanagement erfolgt grundsätzlich nicht, soweit für die oder den Versicherten unmittelbar vor Beginn der Krankenhausbehandlung Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer gültigen Verordnung erbracht wurden und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter erbracht werden sollen. <sup>2</sup>Um die Planung einer diesbezüglich nahtlosen Versorgung zu ermöglichen, teilt der Leistungserbringer nach § 132l SGB V dem Krankenhaus unaufgefordert die Inhalte und die Dauer der bestehenden Verordnung mit.

**Satz 2**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Nicht der Leistungserbringer, sondern der Verordner soll informieren	RL richtet sich an Vertragsarzt Leistungserbringer ist nicht zuständig	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Für eine nahtlose und unmittelbare Weitergabe der Informationen, ist eine Übermittlung durch den Leistungserbringer notwendig. Dieser ist während des gesamten Versorgungszeitraums beim Versicherten vor Ort und kann, insbesondere bei einer Notfalleinweisung, dem Krankenhaus am schnellsten die erforderlichen Informationen geben.	Keine Änderung
b) Informationen über Verordnung <u>bereits bei Aufnahme</u> durch Leistungserbringer an Krankenhaus		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Satz 2 enthält diese Regelung	Keine Änderung
c) „unaufgefordert“ streichen	Hinweis auf Leistungserbringer im Rahmen des Persönlichen Budgets	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>Auch im Falle der Versorgung im Rahmen des persönlichen Budgets ist die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung zu organisieren. Ggf. muss durch das Krankenhaus eine neue Verordnung ausgestellt werden, so dass der Informationsfluss sichergestellt werden muss.</p>	
<p>d) Ergänzen nach „dem Krankenhaus“ „bei Aufnahme des bereits außerklinisch mit Intensivpflege betreuten Versicherten</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Ergänzung ist redundant</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Satz 2: Ergänzen: Mitgabe einer Kopie der AKI-Verordnung bei Beginn der KHS-Behandlung</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Art und Weise der Übermittlung von Informationen muss nicht vorgegeben werden</p>	<p>Keine Änderung</p>

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
<sup>3</sup> Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	<sup>3</sup> Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.

**Satz 3**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Ablehnung Position DKG	Die Formulierung „im Wesentlichen“ ist zu unbestimmt,	Der Stellungnahme(n) wird gefolgt.  Eine bestehende Verordnung bei entsprechend langem Verordnungszeitraum auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig bleibt, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	<b>Änderung:</b> DKG:  In § 10 (ehemals § 7) werden in Absatz 5 Satz 3 die Wörter „im Wesentlichen“ gestrichen.
b) Begründete Ablehnung Position GKV-SV, KBV, PatV	Geringfügige Veränderungen in den Anspruchsvoraussetzungen dürfen nicht zu unverhältnismäßigem Mehraufwand führen und soll ressourcenschonend erfolgen; die Formulierung „im Wesentlichen“ sichert die Versorgungskonsistenz; Vorschlag DKG ermöglicht mehr Flexibilität und Vereinfachung, Vorschlag DKG ist vereinfachend;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  In den Fällen, in denen die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt Anpassungen an der bestehenden Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach der Krankenhausentlassung in einem erheblichen Umfang für erforderlich hält, stellt sie oder er eine Verordnung	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>im Rahmen des Entlassmanagements aus. Ein solch erheblicher Umfang liegt beispielweise dann vor, wenn eine Beatmungspflichtigkeit neu hinzugekommen oder entfallen ist oder Anpassungen hinsichtlich des Leistungsumfanges erforderlich sind, die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen.</p>	
<p>c) Ergänzen: Absprache und Zustimmung des Versicherten</p>	<p>Wunsch-Wahlrecht gewährleisten</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Diese Regelung dient der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung; die Wahlfreiheit wird nicht eingeschränkt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Ergänzen: Im Rahmen der Überleitung bei Beginn der Krankenhausbehandlung mit Überleitungsbogen aus der AKI, wird eine Kopie der aktuellen AKI-Verordnung beigelegt.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 2 Satz 2 Zeile c)</p>	<p>Keine Änderung</p>

<sup>4</sup>Hält das Krankenhaus Anpassungen an der bestehenden Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach der Krankenhauserlassung in einem erheblichen Umfang für erforderlich, wird eine Verordnung durch das Krankenhaus ausgestellt.

**Satz 4**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>a) Es fehlt die Festlegung des Zeitraumes für die Gültigkeit der Verordnung, Vorschlag: analog zu § 6 Absatz 1 und 2.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Es gelten die Zeiträume analog § 7 (ehemals § 6). Bei bestehender Verordnung der AKI gilt die neue Verordnung des Krankenhauses, die aufgrund von erheblichem Umfang der Anpassung der Verordnung ausgestellt werden muss, als Folgeverordnung und kann nach den Vorgaben des § 7 (ehemals § 6) Absatz 2 ausgestellt werden.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Es fehlt eine Regelung zum Umgang/verbleibenden Zeitraum der noch geltenden Verordnung</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine entsprechende Regelung ergibt sich aus dem vorherigen Satz 3, wonach die bestehende Verordnung auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig bleibt, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der AKI unverändert vorliegen. Eine Verlängerung der Gültigkeit der bestehenden Verordnung um den Zeitraum der Krankenhausbehandlung ist</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>nicht möglich. Dies hat verwaltungsverfahrensrechtliche Gründe. Eine solche Leistungsgewährung setzt die Genehmigung der Leistung durch die Krankenkasse voraus.</p> <p>Zudem siehe Würdigung § 7 Absatz 5 Satz 4 zu a)</p>	
<p>c) Ergänzen: Verordnung wir in Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt ausgestellt</p> <p>„Hält das Krankenhaus Anpassungen an der bestehenden Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach der Krankenhausentlassung in einem erheblichen Umfang für erforderlich, so hält es Rücksprache mit dem Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat und wird dann eine neue Verordnung ausstellen, die den Maßstäben des § 6 Absatz 1 und 2 dieser Richtlinie entspricht.“</p>	<p>Nachteilige Verordnung für den Patienten sollen vermieden werden</p> <p>„Es fehlt eine Festlegung des Zeitraumes, für die die Verordnung gelten soll/darf. Zudem ist nicht geregelt, was mit einer noch geltenden Verordnung passiert bzw. dem verbleibenden Zeitraum.</p> <p>Es besteht zudem die Gefahr, dass das Krankenhaus ohne Rücksprache mit dem Vertragsarzt und aufgrund von geringen Kapazitäten zu Einschätzungen kommt, die nachteilig für den Patienten sind. Eine Einbeziehung des Vertragsarztes sollte daher vor der Verordnung erfolgen.“</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>siehe Würdigung in Zeile a) und b)</p> <p>Bei einer bestehenden AKI-Verordnung wird nur dann eine Verordnung durch das Krankenhaus ausgestellt, wenn das Krankenhaus Anpassungen an der bestehenden AKI-Verordnung nach der Krankenhausentlassung in einem erheblichen Umfang für erforderlich hält.</p> <p>Die Einbeziehung bzw. Information des Vertragsarztes durch das Krankenhaus ist in Absatz 6 geregelt.</p> <p>Sofern eine neue Verordnung durch das Krankenhaus ausgestellt wird, erlischt die Gültigkeit der bestehenden Verordnung. Hierzu bedarf es keiner gesonderten Regelung.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Näheres zum Entlassmanagement ist in dem Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V geregelt.	
d) Ergänzen: Absprache mit Versicherten	„Nichts über uns ohne uns!“	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 Zeile a)	Keine Änderung

<sup>5</sup>Ein solch erheblicher Umfang liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Beatmungspflichtigkeit neu hinzugekommen oder entfallen ist oder Anpassungen hinsichtlich des Leistungsumfangs erforderlich sind **[DKG zusätzlich: ,die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen].**

**Satz 5:**

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ergänzen: Information des Versicherten		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 Zeile a)	Keine Änderung
b) Begründete Zustimmung DKG Position	Leistungsumfang kann sich täglich ändern, Konkretisierung gem. DKG ist daher notwendig, klarere Definition	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
c) Begründete Ablehnung der DKG Position	Es besteht ohnehin eine nichtplanbare und damit permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Formulierung dient der Abgrenzung von Behandlungsbedarfen mit Änderungen im erheblichen Umfang (Verordnung durch Krankenhaus) zu Behandlungsbedarfen ohne wesentliche Veränderungen am Gesamtzustand (Verordnung ggf. durch Vertrags-	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>ärztin/Vertragsarzt). Die Anspruchskriterien der AKI müssen in jedem Fall erfüllt werden.</p>	
<p>d) Begriff „geeignete Pflegekraft“ an der geeigneten Stelle klären</p>	<p>Fachlich geeignet sind ausschließlich und abschließend Anästhesiefachpfleger:Innen und Intensivfachpfleger:Innen.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Der Begriff „geeignete Pflegefachkraft“ entspricht dem Gesetzeswortlaut (§ 37c Absatz 1 Satz1 SGB V), Die konkreten Vorgaben zur Geeignetheit sind nicht Gegenstand der AKI-RL, sondern Bestandteil der Rahmenempfehlungen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

<sup>6</sup>Andernfalls teilt das Krankenhaus der Verordnerin oder dem Verordner in der vertragsärztlichen Versorgung Anpassungsbedarfe mit, die diese oder dieser bei ihrer oder seiner Verordnung berücksichtigen soll.

### Satz 6

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Ergänzen: Information des Versicherten/ Zustimmung Versicherter		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 Zeile a)	Keine Änderung
b) Ergänzung: „bei seiner <i>nächsten</i> Verordnung“		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen, „nächste“ Verordnung ist ein unbestimmter Begriff, die bestehende Formulierung verdeutlicht, dass es sich um die erste ambulante Verordnung nach der Krankenhausbehandlung handelt.	Keine Änderung

(6) Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die im ambulanten Bereich weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass eine nahtlose Anschlussversorgung ermöglicht wird.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Sektorenübergreifende Informationspflichten		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Formulierung einheitlich mit anderen Richtlinien des G-BA aus dem Bereich der Veranlassten Leistungen zum Entlassmanagement gem. § 39 Absatz 1a SGB V geregelt.	Keine Änderung
b) Ergänzen: Absprache/Zustimmung Versicherter	„Nichts über uns ohne uns!“	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Würdigung § 7 Absatz 4 Satz 1 Zeile a)	Keine Änderung
c) Ergänzen: erforderliche Einweisung (Einweisung der ambulanten Leistungserbringer) bleibt unberührt		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 2 Satz 1 Zeile a)	Keine Änderung
d) Ergänzen: realistischer Zeitraum für Anschlussversorgung	organisatorische Gründe	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. siehe Würdigung § 7 Absatz 1 Satz 1 Zeile a)	Keine Änderung

(7) <sup>1</sup>§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. <sup>2</sup>Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

[zu Absatz 7 sind keine Änderungsvorschläge eingegangen]

### B-5.1.8 § 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege

(nach Stellungnahmeverfahren § 11)

Ablehnung § 8 insgesamt (keine gesetzliche Befugnis für diese Regelung)

(1) Die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
a) Ergänzen: der vertragsärztlichen Verordnung, der Potentialerhebung und des Behandlungsplans beantragten Leistungen	Mit diesem Zusatz wird der durch § 37 c SGB V und in dieser Richtlinie beschriebene Verordnungsumfang als Voraussetzung der Genehmigung konkretisiert.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Verordnung der Leistung sind durch die Krankenkasse zu bewilligen. Der Behandlungsplan ist Bestandteil der Verordnung.  Neben der medizinischen Begründung für die außerklinische Intensivpflege über die relevante Diagnose	<b>Änderung:</b>  In § 6 (ehemals § 5) wird Absatz 5 Satz 3 wie folgt gefasst:  <i>„Der Behandlungsplan ist der Verordnung beizulegen.“</i>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>und die daraus resultierenden verordnungsrelevanten Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen sind an dieser Stelle auch die Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial zu machen.</p>	
<p>b) Absatz neu fassen im Sinne von „Erbringung auf Antrag“ statt Genehmigung von AKI</p>	<p>Es besteht kein Ermessen der Krankenkasse, gesetzlich nicht vorgesehene Beschränkung der Voraussetzungen; § 37c SGB V regelt keinen Genehmigungsvorbehalt</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sind durch die Krankenkasse zu bewilligen. Orientiert an den Regelungen zur Genehmigung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege in § 6 der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie werden die Schritte dieses Verfahrens geregelt.</p> <p>Dass im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege eine Leistungsbewilligung durch die Krankenkassen erfolgt, setzt der Wortlaut des § 37c SGB V an mehreren Stellen voraus. So weist § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V der Krankenkasse ausdrücklich die Zuständigkeit für die Feststellung bestimmter Anspruchsvoraussetzungen zu. Weiterhin werden in § 37c Absatz 6 SGB V Berichtspflichten des GKV-</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Spitzenverbandes geregelt. Diese Berichtspflichten beziehen sich gemäß § 37c Absatz 6 Satz 2 Nummer 4 SGB V ausdrücklich auf Angaben zu Widerspruchsverfahren in Bezug auf die Leistungsbewilligung und deren Ergebnis.</p> <p>Wenn § 37c SGB V eine Leistungsbewilligung der Krankenkasse im Sinne eines Verwaltungsaktes voraussetzt, so folgt daraus, dass bei der Krankenkasse im Vorfeld ein Verwaltungsverfahren (im Sinne eines Genehmigungsverfahrens) geführt werden muss. Dass sich aufgrund der geänderten Terminologie in § 37c SGB V („Leistungsbewilligung“ statt „Genehmigung“) ein materieller Unterschied ergibt, ist nicht ersichtlich. Um sicherzustellen, dass das bisherige in § 6 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie geregelte Genehmigungsverfahren auch in der AKI-RL Anwendung findet, hat der G-BA den Begriff „Genehmigungsverfahren“ verwendet. Der Begriff „Genehmigungsverfahren“ ist in der Praxis akzeptiert. Er findet sich nicht nur in mehreren</p>	

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Richtlinien des G-BA zu den veranlassten Leistungen, sondern auch in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V, die u. a. auch die vertraglichen Grundlagen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege im Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Pflegediensten regeln.</p>	
<p>c) Genehmigung streichen und in Absatz Klarstellung ergänzen, dass die beantragten Leistungen bei Vorliegen der der Leistungsvoraussetzungen und Sicherstellung der Versorgung am Leistungsort durch die Krankenkassen zu erbringen sind.</p>	<p>§ 37c SGB V regelt keinen Genehmigungsvorbehalt, Parlamentsvorbehalt.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Ergänzen: schriftlicher Kostenzusage der Krankenkasse vor Zusage des Leistungserbringers</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>In § 11 (ehemals § 8) Absatz 3 Satz 1 wird die vorläufige Kostenzusage geregelt.</p> <p>Zielsetzung der Regelungen zur vorläufigen Kostenzusage ist, dass insbesondere die oder der Versicherte sowie der Leistungserbringer nach</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>§ 132I SGB V zunächst auf den Bestand der Verordnung vertrauen und die verordneten Leistungen sofort erbracht werden können, ohne dass bereits eine Leistungsentscheidung der Krankenkasse vorliegt; diese Leistungsentscheidung muss der Krankenkasse jedoch zeitnah mit der Übermittlung der Verordnung ermöglicht werden.</p> <p>Die Genehmigung erhält die oder der Versicherte. Wenn kein Leistungserbringer gefunden wurde, unterstützt die Krankenkasse bei der Suche eines Leistungserbringers. Ob der gewählte Leistungserbringer ein zugelassener Vertragspartner ist, wird von der Krankenkasse ebenfalls geprüft. Daher kann die Kostenzusage im Verhältnis zum Leistungserbringer erst erfolgen, wenn klar ist, wer die Versorgung konkret übernehmen soll.</p>	

(2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. <sup>2</sup>Werden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt sowie die oder den Versicherten über die Gründe zu informieren.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Satz 1: Ergänzen um Fallgestaltung bei vorliegendem Potential aber fehlender Mitarbeit des Patienten	Satz 1 korreliert mit § 37 Absatz 2 SGB V, mit der Ergänzung sollen Fehlanreize vermieden werden.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Prüfung des MD beinhaltet auch die Frage, ob die medizinisch-pflegerischen Leistungsvoraussetzungen für eine außerklinische Versorgung (noch) vorliegen. Daher ist eine Änderung nicht erforderlich.	
b) Satz 1: „hat“ in „kann“ ändern	Begrenzt Verfahren auf begründete Zweifelsfälle	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Gemäß § 275 Absatz 2 Nummer 5 SGB V besteht hier kein Ermessensspielraum des G-BA.	Keine Änderung
c) Satz 1: Ergänzen: Zusammenarbeit mit intensivfachkompetenten Fallmanagement der Krankenkasse	patientensichere Prüfungsressource	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Regelung der Zuständigkeit auf Kassenseite ist keine Regelungskompetenz des G-BA.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
d) Ergänzen: bestimmte Aspekte des Genehmigungsprozesses	Dauer des Genehmigungsprozesses verkürzen	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Der G-BA hat keinen Einfluss auf die Dauer des Genehmigungsverfahrens. Leistungen der AKI können gemäß § 11 Absatz 3 unverzüglich erbracht werden.	Keine Änderung
e) Satz 2: Ergänzen: Erweiterung um die Informationsweitergabe an den Leistungserbringer	Ressourcensteuerung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer nach § 132l SGB V wird in den Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V geregelt.	Keine Änderung
f) Satz 2: Ergänzen: Erweiterung um Prüfungsergebnis des MD	Transparenz	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes sind in § 277 geregelt.	Keine Änderung
g) Satz 2: Begründete Ablehnung	keine Genehmigung durch Krankenkasse	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile b) zu Absatz 1	Keine Änderung
h) Satz 2: Qualifikationsanforderungen für Verordnung von AKI müssen auch		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
für Prüfarzt/eine Prüferärztin MD gegeben sein, bzw. Vorschlag zur Präzision der Qualifikation		Die Regelung von Qualifikationsanforderungen obliegt nicht der Regelungskompetenz des G-BA, sondern (zukünftig) in den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund).	
i) Die Genehmigung in nicht vollem Umfang kann nicht in vollstationären Einrichtungen erteilt werden		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Wenn die Leistungsansprüche auf eine außerklinische Intensivpflege bei Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen nicht (mehr) vorliegen, kann die Krankenkasse den Leistungsbezug von AKI einstellen bzw. die Leistungen nicht genehmigen (§ 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V gilt). Die Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung werden von der AKI-RL nicht geregelt.	Keine Änderung
j) Absatz 2 neu fassen im Sinne von Feststellung die Voraussetzungen für die Leistungserbringung erfüllt sind	Die Änderung ist notwendig, um die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten und wurde daher an § 37c Absatz 2 S. 6 SGB V angepasst.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile b) zu Absatz 1	<b>Änderung:</b>  In § 11 (ehemals § 8) Absatz 2 wird nach dem Wort „Genehmigungsverfahren“ die Worte „gemäß § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V i. V. m. § 275

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			Absatz 2 Nummer 5 SGB V“ eingefügt.
k) Absatz neu fassen im Sinne von Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erfolgt nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst (MD)	Die Änderung ist notwendig, um die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten und wurde daher an § 37c Absatz 2 S. 6 SGB V angepasst.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile j)	Siehe Zeile j)
l) Frist definieren, innerhalb dieser die Beauftragung und Begutachtung zu erfolgen hat.	Anspruchsklarheit	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile j)	Siehe Zeile j)

(3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der in den Verträgen nach § 132I Absatz 5 SGB V vereinbarten Vergütung, wenn die Verordnung spätestens an dem

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
fünften	dritten

der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. <sup>2</sup>Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

Ablehnung Absatz 3 insgesamt (nicht Regelungsgegenstand der Richtlinie)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Satz 1: Entscheidung über die Genehmigung“ ersetzen durch „Feststellung über die“	Folgeänderung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b) zu Absatz 1	Keine Änderung
b) Satz 1: Erbringung durch persönliches Budget neben dem Leistungserbringer nach § 132I SGB V ergänzen	Das Persönliche Budget ist in allen Regelungen mitzudenken	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Möglichkeit der Erbringung im Rahmen des im Rahmen eines persönlichen Budgets gemäß § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V und § 29 SGB IX ist in § 1 Absatz 1 geregelt.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
<p>c) Satz 1: statt „Entscheidung über die Genehmigung“ „Beendigung des Feststellungsverfahrens“</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b) zu Absatz 1</p>	Keine Änderung
<p>d) Satz 1: Ergänzen: Zustimmung des Versicherten zur Übermittlung an die Krankenkasse</p>	<p>Eine schnelle Übermittlung von Ärzt*in zu Krankenkasse ist sinnvoll, jedoch nur mit Zustimmung der Versicherten stattfindet.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Da der oder die Versicherte die Verordnung an die Krankenkasse selbst übermittelt, ist von einer Zustimmung zur Übermittlung auszugehen.</p>	Keine Änderung
<p>e) Satz 1: Konkretisierung zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qualifikation des Vertragsarztes,</li> <li>○ Vollständige, korrekt ausgefüllte Verordnung</li> </ul> <p>und Vorbehalt, dass diese konkreten Voraussetzungen vorliegen müssen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorlage der Verordnung zusammen mit einer aktuellen Potentialeinschätzung und dem Behandlungsplan.</li> </ul>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Regelungen einzelner Anforderungen zur Umsetzung des Verfahrens liegen nicht im Kompetenzbereich des G-BA.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
f) Satz 1: Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung	Eine Konkretisierung bzw. eine Anpassung ist mit Blick auf die hierzu ergangene Rechtsprechung notwendig.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b) zu Absatz 1	Keine Änderung
g) Satz 1: Entscheid zur Kostenübernahme der Krankenkasse ist vor Überleitung aus dem Krankenhaus binnen drei Werktagen zu treffen	Entlastung Patienten	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d) zu Absatz 1 (Vorläufige Kostenzusage) Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wurde, hat dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren.	Keine Änderung
h) Ergänzen um Regelung der Form der Übermittlung/Benachrichtigung durch das Krankenhaus an die Krankenkasse sowie Leistungserbringer und dem weiterbehandelnden Arzt/der Ärztin		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Regelungen einzelner Anforderungen zur Umsetzung des Verfahrens liegen nicht im Kompetenzbereich des G-BA.	Keine Änderung
i) Satz 1: 7 Arbeitstage, so groß wie möglich sein	Zeiträume sind zu kurz bemessen, Schutzzweck der Norm überproportional zu Lasten der Leistungserbringer eingengt.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	<b>Änderung:</b> In § 11 (ehemals § 8) Absatz 3 werden nach den Worten

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	Nicht originäre Aufgabe des Leistungserbringers		„spätestens an dem“ die bestehenden Voten „fünften“ oder „dritten“ durch das Wort „vierten“ ersetzt.
j) Satz 1: Zustimmung „fünften“	In der Praxis realistischer; erforderlich bei Antrag des Versicherten	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile i).	Siehe Zeile i).
k) Satz 1: Zustimmung „dritten“, - wenn die Verordnung 14 Tage vor Ende des letzten Zeitraums ausgestellt und der Krankenkasse eingereicht wird. - Bei Übermittlung durch Krankenhaus ohne Antrag des Versicherten	14 Tage Vorlauf: Verordnung umfassender als in HKP. Ohne „Antragsverfahren“ schneller möglich Bei 5 Tagen müsste die Krankenkasse bei Ausstellung an einem Freitag 10 Tage ungeprüfte Leistungen gewähren -> einseitige Belastung der Solidargemeinschaft	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile i).	Siehe Zeile i).
l) Satz 1: Ergänzen: Zuständigkeit für Übermittlung der Verordnung (Vertragsarzt)		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Formal reicht der Versicherte als Antragsteller die Verordnung ein. Eine Beauftragung des Versicherten	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		zur Übermittlung der Verordnung durch Dritte ist immer möglich.	
m) Änderung: „ <i>der Krankenkasse vorgelegt wird</i> “ ändern in „ <i>bei der Krankenkasse eingeht.</i> “	Formulierung umfasst nachweisbare elektronische Übermittlung, Posteingang, persönliche Vorlage usw.	Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	

(4) Die Leistungserbringer, die außerklinische Intensivpflege durchführen, sind zunächst an die Verordnung und bei Vorliegen der Genehmigung gemäß § 8 an diese gebunden.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) das Wort „Genehmigung“ ersetzen durch „Feststellung“. Genehmigungsvorbehalt streichen	Genehmigungsvorbehalt gesetzlich nicht vorgesehene	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b) zu Absatz 1	Keine Änderung
b) Leistungserbringer die außerklinische Intensivpflege im Rahmen eines persönlichen Budgets durchführen, ergänzen	Das Persönliche Budget ist mitzudenken	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b) zu Absatz 3	Keine Änderung
c) Ergänzen: Eine Reduzierung der verordneten Leistungszeiten aufgrund der Regressvorschriften /Anrechnungsvorschriften für Grundpflege (Verordnung) durch die Krankenkasse ist nicht zulässig		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Kein Regelungsgegenstand der AKI-RL. Zur Kostenabgrenzung vgl. Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1b SGB XI vom 16.12.2016.	Keine Änderung
d) Ablehnung Absatz 4 insgesamt (nicht Regelungsgegenstand der Richtlinie)		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Das Verhältnis von Verordnung und Genehmigung ist zu regeln. Gleiches hat der G-BA in der HKP-RL geregelt. Absatz 4 konkretisiert die	Keine Änderung

		leistungsrechtliche Grundlage der Inhalte und des Umfangs der Leistungserbringung durch den beauftragten Leistungserbringer nach § 132I SGB V	
--	--	---	--

**B-5.1.9 § 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege**

(nach Stellungnahmeverfahren § 3)

(1) <sup>1</sup>Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege ist die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege. <sup>2</sup>Zur medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege können insbesondere gehören:

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Satz 1: Ergänzen: Assistenzkraft (Im Fall eines Persönlichen Budgets) Ausnahme zur Qualifikationsvorgabe im Rahmen eines persönlichen Budgets	Fachkräftemangel, Regelungsbefugnissen zur <b>Eignung</b> der Pflegekräfte nicht von gesetzlicher Ermächtigung gedeckt	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Richtlinie trifft keine spezifischen Regelungen zur Leistungserbringung im Rahmen des persönlichen Budgets. Die Erbringung	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	Leistungsanspruch wird durch überhöhte Qualifikationsanforderung ausgehöhlt	des persönlichen Budgets bleibt möglich (siehe § 1 Absatz 1)  Der Begriff „geeignete Pflegefachkraft“ entspricht dem Gesetzeswortlaut (§ 37c Absatz 1 Satz 1 SGB V). Die konkreten Vorgaben zur Geeignetheit sind nicht Gegenstand der AKI-RL, sondern Bestandteil der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.	
<p>b) „Satz 1: geeignete“ durch „qualifizierte“ ersetzen</p> <p>Ergänzen: unter intensivfachkompetenter Aufsicht der Fachbereichsleitung</p>	<p>Pflegefachkraft mit entsprechender Qualifizierung ist ein Muss.</p> <p>„geeignet“ bildet <b>Qualifikation</b> nicht näher ab</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ablehnung: der Begriff „qualifiziert“ ist keine Präzisierung des Begriffs „geeignet“. Der Begriff „geeignet“ steht außerdem im Gesetz.</p> <p>Konkretisierende Anforderungen an die Leistungserbringer werden in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V getroffen. Die Ergänzung „...Aufsicht der Fachbereichsleitung“ kann daher nicht in der AKI-RL aufgenommen werden.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
<p>c) Satz 2: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit im Blick nehmen, nicht nur Fokus auf Versorgung von beatmungspflichtigen Patienten</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Formulierung ist neutral und trifft auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ebenso wie auf die von nicht-beatmeten Personen zu.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Satz 2 streichen und Satz 1 ergänzen: ...hat nach von den Fachgesellschaften erstellten Leitlinien zu erfolgen</p>	<p>möglicherweise widersprüchliche Überschneidung mit evidenzbasierten, fundierten medizinischen Leitlinien</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine abschließende Auflistung, umfasst auch die Empfehlungen der aktuellen Leitlinien (siehe § 1 Absatz 2)</p>	<p>Keine Änderung</p>

1. die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen,
2. die Pflege des Tracheostomas und das Trachealkanülenmanagement,
3. das Sekretmanagement,
4. der Umgang mit Dysphagie
5. die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes,
6. die Anwendung von Inhalations- und Absauggeräten,

PatV zusätzlich	
7.	der Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht-invasiven Beatmung,
8	der Umgang mit Hilfsmitteln der Sauerstofftherapie,

7. [bzw. 9.] die Bewertung von Vitalparametern
8. [bzw. 10]. die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen und des Krisenmanagements,
9. [bzw. 11.] die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Nr. 3 ergänzen: Umgang mit Hilfsmitteln zur Hustenassistenz		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>Der Umgang mit Hilfsmitteln zur Hustenassistenz ist Teil des Sekretmanagements.</p> <p>Im Rahmen der Verordnung sind neben der pflegerischen und medikamentösen Behandlung insbesondere auch Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer sowie die Optimierung der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen.</p>	
<p>b) Nr. 4 ergänzen: unter Einbeziehung der Logopädie, z.B. im Ernährungsmanagement und/oder unter Beachtung spezieller Schlucktechniken,</p>	<p>Schlucktherapie ist Qualifikation der Logopädinnen und Logopäden</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Das Hinzuziehen eines Logopäden erfolgt nach Bedarf und ärztl. VO. Dies wird in § 4 Absatz 5 Satz 2 geregelt. Der § 3 (ehemals § 9) beschreibt die pflegerische Leistung. Die Inhalte der Logopädie sind kein Gegenstand der AKI-RL. Die Logopädie ist somit kein Bestandteil der AKI, sondern muss separat verordnet werden.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
c) Statt „Umgang mit Dysphagie“ „Dysphagiemanagement“	Zentral ist nicht der bloße Umgang mit der Dysphagie, sondern das allumfassende Management dieser Störung	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	<b>Änderung</b> In § 3 (ehemals § 9) wird die Nr. 4 wie folgt gefasst: wird entsprechend angepasst: „4. das Dysphagiemanagement,“
d) Nr. 5: Ergänzen Phreniscusstimulator	eigene Beatmungsform mit AKI Bedarf	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Zwerchfellschrittmacher kommen nur bei einem sehr geringen Prozentsatz der Patientinnen und Patienten in Frage. Die Auflistung ist möglichst allgemein gehalten nicht abschließend („insbesondere“) und kann bei individuellem Bedarf um eine entsprechende Expertise ergänzt werden.	Keine Änderung
e) Nr. 6: Ergänzen: auch Pulsoximeter		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		Pulsoximeter sind unter Nr. 8. (ehemals Nr. 7/9) inkludiert (Vitalparameter)	
f) Nr. 7 [bzw. 9.] statt „Herz-Kreislaufmonitoring“ „Blutdruck, Puls	„Monitoring“ nur innerklinisch möglich  (Beispiel Bewertung Mehrkanal-EKG)	Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt.  Ein Monitoring von Vitalparametern ist auch außerklinisch möglich, der Begriff ist aber nicht ganz zutreffend gewählt und eine Assoziation zu invasiven Verfahren liegt vor.	<b>Änderung:</b>  In § 3 (ehemals § 9) Absatz 1 Nr. 8 (ehemals Nr. 7/9. wird der Klammerzusatz „(bspw. Herz-Kreislauf-Monitoring)“ gestrichen.
g) Nr. 7 und 8 <b>PatV</b> : Begründete Ablehnung	Kann zu Fehlinterpretation des Leistungsanspruchs führen  Diese Formulierung „Umgang“ passt eher zu einer normalen COPD anstatt zu einer akuten vitalen Bedrohung, wie sie bei außerklinischer Intensivpflege zu erwarten ist.  Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Sofern der Versicherte <u>abhängig</u> NIV-beatmet ist und aufgrund der Funktionsbeeinträchtigungen den Umgang mit der Maske nicht mehr eigenständig übernehmen kann, ist dieses Item erforderlich in Verbindung mit der Bedienung des Beatmungsgerätes. Dabei ist zu beachten, dass der Anspruch auf eine AKI nur vorliegt, wenn die Voraussetzungen nach § 4 vorliegen. Das wird nur bei einem Teil der	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		heute nicht invasiv Beatmeten betreffen.	
h) Nr. 7 und 8 <b>PatV</b> : Begründete Zustimmung	<p>Sachgerecht; Stärkt Hinzunahme der Weaning Kategorie 3 b II;</p> <p>Versicherte, die nicht eigenständig Hilfsmitteln wie Masken bedienen können, weil eine weitere Erkrankung vorliegt (bspw. neuromuskuläre Erkrankungen) benötigen außerklinische Intensivpflege, da kein anderweitiger Leistungsträger und Anspruchsgrundlage vorhanden ist.</p> <p>11. Leistungen gehören zu den Leistungsinhalten der außerklinischen Intensivpflege</p> <p>Expertise notwendig um potentiellen Schaden durch unsachgemäße Handhabung vorzubeugen</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile g)</p>	Keine Änderung
i) Nr. 7 und 8 <b>PatV</b> : Nr. 7 Ergänzen „bei entsprechenden Funktionseinschränkungen, die eine außerklinische Intensivpflege bei nicht-invasiver Beatmung rechtfertigen (z.B. neuromuskuläre Erkrankungen)		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile g)</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
Nr. 7: NIV weniger AKI-relevant			
j) Nr. 8 <b>PatV:</b> Ergänzen: <u>zusätzlichen</u> Sauerstofftherapie		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>PatV zusätzlich:</b> Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt, da die Sauerstofftherapie auch bei nicht beatmeten Versicherten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege zur Anwendung kommen kann.</p>	Keine Änderung
k) Nr. 7 [bzw. 9.] statt „Bewertung“ „Erfassung“	Bewertung ist originäre ärztliche Aufgabe. Widerspruch zum § 10 Absatz 4 bzw. 5.	Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt.	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 3 (ehemals § 9) Absatz 1 Nr. 8 (ehemals Nr. 7/9. werden die Worte „die Bewertung“ durch „die Erfassung und Bewertung“ ersetzt.</p>
l) Nr. 7 [bzw. 9.] streichen	Technik innerklinisch	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile f)</p>	Siehe Zeile f)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>m) Nr. 8. [bzw. 10] Ergänzen:</p> <p>12. Leistungsinhalte Notfallmaßnahmen für neurologische Schwerstpatienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulsoximeter mit Alarm</li> <li>• Sauerstoffgerät</li> <li>• Hustenassistent oder Rüttelweste</li> <li>• Inhalator</li> <li>• Absauggerät mit Zubehör für orales Absaugen</li> </ul>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Auflistung ist möglichst allgemein gehalten, nicht abschließend („insbesondere“). Hilfsmittel sind kein Gegenstand der AKI-RL, sondern müssen separat verordnet werden.</p>	Keine Änderung
<p>n) Nr. 9. [bzw. 11.] Umformulierung im Sinne von „Fachliche Anleitung unter Berücksichtigung der in der Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Verweis auf die Leitlinie a.d. Stelle nicht sachgerecht.</p> <p>Siehe auch § 1 Absatz 2 der Richtlinie.</p>	Keine Änderung
<p>o) Nr. 9. [bzw. 11.] Ergänzen: Beratung</p>	<p>Der Ansatz der Beratung in der Pflege umfasst mehr als „Anleitung“</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Anleitung steht hier im Vordergrund. Ergänzung nicht erforderlich.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
p) Nr. 9. [bzw. 11.] Ergänzen: die Beratung, Schulung, Anleitung und psychosoziale Begleitung	Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen besonderer Kompetenzerwerb erforderlich und psychosoziale Begleitung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. „psychosoziale Begleitung“ ist kein Leistungsgegenstand der AKI.	Keine Änderung
q) Nr. 2, 3, 4, 5, besondere fachliche Qualifikation erforderlich, daher hier statt“ medizinische Behandlungspflege“ Begriff „Sicherungspflege“ verwenden	Medizinische Behandlungspflege hier begrifflich weiter zu verwenden ist nicht therapeutisch zielführend.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Sicherungspflege ist keine qualifizierte Steigerung von Behandlungspflege. Die Unterteilung zwischen der sog. Krankenhausvermeidungspflege sowie der Sicherungspflege erfolgt in der AKI nach § 37c SGB V nicht.	Keine Änderung
r) Ergänzen um Maßnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Behandlung (z.B. BGA, Ausweiten der Spontanatmungszeiten)		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile m).	Keine Änderung
s) Ergänzen: Zur Umsetzung der Aufgaben sollen Einrichtungen nach §1, Absatz 4, 1-4 abhängig von ihrer Größe mindestens einen Atmungstherapeuten oder eine Atmungstherapeutin beschäftigen	Atmungstherapeutinnen und -therapeuten gewährleisten Fachlichkeit, Schnittstelle zur Klinik. (Beschäftigung im eigenen Haushalt organisatorisch und finanziell nicht leistbar).	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Nach § 37c ist die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich. Die Anforderungen an die Eignung sowie zur Personalfestlegung sind in den	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
		Bundesrahmenempfehlungen nach § 132I SGB V festzulegen.	
t) Ergänzen: Nr. 10: Förderung und Sicherstellung der Umsetzbarkeit von medizinischer, sozialer und beruflicher Teilhabe	Menschen mit einer Querschnittlähmung nehmen meist trotz Beatmung am gesellschaftlichen und teilweise auch am beruflichen Leben teil. Dies sollte im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege gefördert werden und bei der Umsetzung die Sicherheit der Patienten gewährleistet sein	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Regelungen zur Teilhabe sind nicht Gegenstand der AKI-RL (vgl. Leistungen der sozialen Teilhabe gem. § 76 SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. § 49 SGB IX). Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege.	Keine Änderung
u) Nr. 7 ergänzen: „Erhebung, Bewertung und Dokumentation von Vitalparametern“		Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	Keine Änderung
v) Ergänzen Nr. 10: Die Durchführung von Maßnahmen der Beatmungsentwöhnung im Rahmen eines ärztlichen Weaningprotokolls, in dem Beatmungseinstellungen, Zeiten und Abbruchkriterien definiert sind	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht immer Platz in Weaningzentrum kurzfristig verfügbar</li> <li>- in Praxis funktioniert „ambulante“ Beatmungsentwöhnung teilw. gut</li> </ul>	Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.	

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betroffene können im gewohnten Umfeld Fortschritte machen</li> </ul>		
<p>w) Ergänzen Nr. 12. Einzelne Elemente der Grundpflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In Praxis immer wieder Unsicherheit, welche Beteiligte was ausführen dürfen</li> <li>- Ergänzung erlaubt notwendige Flexibilität</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.</p>	

(2) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege beinhaltet alle im zeitlichen Zusammenhang anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V. **[PatV zusätzlich:** <sup>2</sup>Umfasst sind auch pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht.] <sup>2</sup> oder <sup>3</sup> Während des Versorgungszeitraumes der außerklinischen Intensivpflege sind diese Leistungen durch die geeignete Pflegefachkraft gemäß Absatz 6 zu erbringen. <sup>3</sup> oder <sup>4</sup> Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können in diesen Fällen nicht separat verordnet werden.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Satz 2 oder 3: "geeignete Pflegefachperson"	Verweisfehler auf Absatz 6	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die geeignete Pflegefachkraft ist gemeint.	<b>Änderung:</b>  In § 3 (ehemals § 9) Absatz 2 wird der Verweis „gemäß Absatz 6“ gestrichen.
b) Qualifikationsvorgabe Leistungserbringer nicht Regelungsbereich der Richtlinie	Aufgabe der Bundesrahmenempfehlung nach § 132l Absatz 1 SGB V.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Es wird lediglich die im § 37c SGB V verwendete Begrifflichkeit (geeignete Pflegefachkraft) genutzt.  <b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> In § 1 Absatz 1 der AKI-RL werden allgemeine Hinweise gegeben, was unter „Eignung“ zu verstehen ist.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
		Die Konkretisierung der Eignung erfolgt in den Bundesrahmempfehlungen nach § 132I SGB V.	
c) Satz 2 oder 3: Ergänzen: bzw. im Persönlichen Budget durch die Assistenzkraft	Fachkräftemangel	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  In § 37c SGB V steht der Begriff „geeignete Pflegefachkraft. Die konkreten Qualifikationsanforderungen werden nicht in der AKI-RL geregelt.	Keine Änderung
d) Begründete Ablehnung Satz 2 Zusatz PatV:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird die außerklinische Intensivpflege für 24 Stunden am Tag verordnet, dann sind die pflegerischen Prophylaxen etc. Leistungsbestandteil der außerklinischen Intensivpflege. Für den Fall, dass die außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht wird, dann kann zusätzlich häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V verordnet werden und die pflegerischen Prophylaxen etc. sind dann Bestandteil der häuslichen Krankenpflege.</li> </ul>	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Die Hinweise werden teilweise aufgegriffen.	<b>Änderung PatV:</b>  In § 3 (ehemals § 9) Absatz 2 wird der Zusatz der PatV <i>„Umfasst sind auch pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit,</i>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hierdurch werden die Leistungen der Pflegeversicherung in den Bereich der Behandlungspflege integriert. Unklar ist, welche SGB XI Leistungen zukünftig dann noch als reine Pflegeversicherungsleistung zu gelten haben. Sollte dies jedoch umgesetzt werden, so muss in der ambulanten Versorgung zwingend eine 24-stündige Finanzierung (somit keine Kostenabgrenzung mehr!) erfolgen.</li> <li>- grundpflegerische Leistungen, die nicht der außerklinischen Intensivpflege zuzurechnen sind.</li> <li>- Im Zuge der Richtlinienerstellung sollte ein finanziertes intensivpflegerisches Gesamtkonzept aller erforderlichen Leistungen entstehen. Hinweis auf 100 % Fachkraftquote bei AKI, oder kasseninterne Verrechnung des Anteils der Pflegekasse.</li> <li>- Satz 1 reicht aus.</li> </ul>		<p><i>in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht.“ gestrichen.</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>e) Begründete Zustimmung Satz 2 Zusatz PatV:</p>	<p>Stellt sicher, dass die in der Anlage zur HKP-Richtlinie den Leistungsbeschreibungen der Behandlungspflege vorangestellten Vorsorgeleistungen umfasst sind (Vermeidung Leistungsverkürzung);</p> <p>Klarstellung erforderlich, falls Behandlungspflege und medizinische Behandlungspflege nicht synonym definiert ist;</p> <p>Der gesamte Pflegeprozess ist für die intensivpflegebedürftige Person abzubilden;</p> <p>Alle krankheitsspezifischen körperbezogenen Pflegemaßnahmen. Der individuelle Krankheitszustand ist ausschlaggebend;</p> <p>Zustimmung, da tagesindividuell ein unterschiedlicher Bedarf entstehen kann, der nicht tgl. neu definiert werden kann;</p> <p>Hilfe zur Mobilität ist ein wichtiger Bestandteil der Versorgung zur Verbesserung der Lebensqualität und Voraussetzung für eine altersentsprechende und gleichberechtigte Teilhabe am Leben.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile d)</p>	<p>Siehe Zeile d)</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>f) Ergänzen: Diese Leistungen schließen ausdrücklich auch medizinisch notwendige rehabilitative (teilhabeorientierte) Leistungen nach §§ 40 und 43 SGB V (und nach § 42 und 43 SGB IX bzw. BTHG) in Abstimmung mit der oder dem Versicherten bzw. Stellvertretung ein</p>	<p>Titel GKV-IPReG,</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen“?                      Verweis unklar „Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege (...)“                      Siehe Zeile t) zu Absatz 1.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>g) Satz 2 PatV: Ergänzen: „unter anderem“</p>	<p>Keine abschließende Aufzählung</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.                      Siehe Zeile d)</p>	<p>Siehe Zeile d)</p>
<p>h) Satz 2 PatV: Statt „Lagern und Hilfen bei der Mobilität“ „Mobilitätsförderung und Positionierung“</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.                      Siehe Zeile d)</p>	<p>Siehe Zeile d)</p>
<p>i) Satz 2 PatV Ergänzen: Pflegefachpersonen mit bes. Kompetenzen können Hilfsmittel im Zusammenhang mit Pflegemaßnahmen verordnen</p>	<p>Verweis auf Modell des advanced nursing practice</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.                      Anforderungen an die Qualifikation zur Hilfsmittelverordnung sind kein Gegenstand der AKI-RL. Mit Neuregelung des § 40 Absatz 6 SGB XI ist nunmehr geregelt, dass Pflegefachkräfte unter bestimmten Voraussetzungen „konkrete Empfehlungen zur</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung“ abgeben dürfen.	
j) Satz 2 PatV: Ergänzen: “...sowie Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Teilhabe.“	Recht auf Förderung der Teilhabe	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile t) zu Absatz 1.	Keine Änderung
k) Satz 2 PatV: Ergänzen um Hilfen bei Aktivitäten des täglichen Lebens aktivierende therapeutische Pflege	komplexe therapeutische Förderung erforderlich	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile d)	Siehe Zeile d)

(3) <sup>1</sup>Wird außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht, kann neben dem Anspruch nach § 37c Absatz 1 Satz 1 SGB V für Zeiträume außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V bestehen. <sup>2</sup>Sofern außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gemäß der Richtlinie zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege erforderlich sind, gelten die dort geregelten Anforderungen.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Satz 1: Ergänzung „auf Wunsch der oder des Versicherten oder deren Eltern bzw. gesetzlichen Vertretern“ und „durch Leistungserbringer nach § 132I SGB V“</p>	<p>Die Ergänzung soll sicherstellen, dass AIP unterhalb von 24 Stunden nach den Buchstaben von § 37c gar nicht verordnet werden darf (jederzeit heißt jederzeit und da- mit 24/365). Die Erwähnung der Leistungserbringer nach § 132 soll ausdrücken, dass der Pflegedienst auch zusätzlich zu dem mit den Betroffenen vereinbarten zeitlichen Rahmen aktiv werden kann, wenn gewünscht und möglich.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Der Bedarf an AKI richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit und kann ggf. 24 Stunden am Tag unterschreiten.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Satz 2: Ergänzung: HKP-Leistungen, die nicht während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege mit erbracht werden können</p>	<p>wirtschaftlicher Einsatz von Ressourcen</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  Aspekt wird aufgenommen: „die nicht während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden können,“</p>	<p><b>Änderung:</b>  In § 3 (ehemals § 9) Absatz 3 wird Satz 2 wie folgt gefasst: „<sup>2</sup>Sofern außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege Leistungen der medizinischen</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>Behandlungspflege gemäß HKP-RL erforderlich sind, die nicht während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden können, gelten die dort geregelten Anforderungen.“</p>
<p>c) Ergänzung um Satz 3: Die außerklinische Intensivpflege nach § 37c Absatz 1 Satz 1 wird in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, für 24 Stunden am Tag verordnet und erbracht.</p>	<p>Hinweis auf Wortlaut des § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V, um eine mögliche Versorgungslücke in den vollstationären Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, sollte dieser durch die Einfügung des vorgeschlagenen Satzes in Absatz 3 begegnet werden.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Bedarf an AKI kann auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen ggf. unter 24 Stunden sein. Daher ist die Ergänzung nicht sachgerecht.</p>	<p>Keine Änderung</p>

(4) Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht verordnet und von nichtärztlichen Leistungserbringern nicht erbracht werden.

Hinweise	Begründung	Würdigung	13. Beschlussentwurf	Be-
<p>a) Öffnung der Regelung: vergütungspflichtige Leistungserbringung durch nichtärztlichen Leistungserbringern mit Verweis auf Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag Ärzte und Memorandum</p>	<p>Zitat einzelner Regelungen aus der Anlage 24 Bundesmantelvertrag Ärzte</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Bezugspunkt ist nicht der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), da dieser sich an das Praxispersonal richtet.</p>	<p>Keine Änderung</p>	
<p>b) Für Erbringung von besonders qualifizierten nichtärztlichen Leistungserbringern (hier insbesondere von Atmungstherapeuten) öffnen im Rahmen der Delegation</p>	<p>Maßnahmen müssen ambulant möglich sein um auch schon in der AKI eine schrittweise Reduzierung der Beatmungstunden zu ermöglichen (immer in Absprache mit den behandelnden Ärzten), um stationäre Aufenthalte in diesen Zusammenhängen zu vermeiden, (z.B. Blutgasanalysen, Kapnometrie, Bronchioskopie, Schluckdiagnostik, empirischer Blick auf die Versicherten, Monitor, Leckage prüfen, Akute Anpassung der Beatmungseinstellungen) Finanzierung sichern.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Der G-BA legt keine nichtärztlichen Leistungen entsprechend des Qualifikationsprofils fest.  Der G-BA hat in § 37c SGB V nicht die Kompetenz erhalten, Maßnahmen der Heilkundeübertragung zu regeln.</p>	<p>Keine Änderung</p>	

Hinweise	Begründung	Würdigung	13. Beschlussentwurf	Be-
	<p>Ermächtigungsgrundlage enthält keine Vorgabe bezüglich des Ausschlusses dieser Leistung innerhalb der AKI.</p> <p>Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 keine Intensivaufnahme hierzu (Prozess der Reduzierung von Beatmungsparametern erstreckt sich über lange Zeiträume). Vorbereitende Maßnahmen im Weaningprozesse in der häuslichen Umgebung: Vertraute Umgebung, die Anwesenheit vertrauter Bezugspersonen und den ungestörten Nachtschlaf als Gelingensbedingung von vorbereitenden Weaningprozessen/Reduzierung von Beatmungsparametern/Ausweitung von Spontanatmungsphasen bei dieser Altersgruppe. Vermeidung von nosokomialen Infektionen, Entwicklungsschäden, Traumata, Schulabstinz. Vorbereitende Maßnahmen im Weaningprozesse in der häuslichen Umgebung dienen dem Wohlbefinden, den Entwicklungsbedürfnissen und der Lebensqualität. Ärztlich</p>			

Hinweise	Begründung	Würdigung	13. Beschlussentwurf	Be-
	anleiten, überprüfen, begleiten (Hausbesuch, telemedizinisch).			
c) Streichen „und Beatmungsentwöhnung“	Beatmungsentwöhnung sollte im Rahmen etablierter Strukturen und vorgegebener Algorithmen delegierbar sein	Die Stellungnahme ist verfristet eingegangen, wurde dennoch inhaltlich in die Beratung einbezogen.		

(5) <sup>1</sup>Um eine sichere Durchführung der verordneten Maßnahmen gewährleisten zu können, sind **[PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern]** geeignete Rahmenbedingungen (baulich, personell, organisatorisch) und (interne und externe) Maßnahmen der Qualitätssicherung zu gewährleisten. <sup>2</sup>Dabei ist insbesondere eine stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur notwendig. <sup>3</sup>Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Absatz streichen	Personelle und organisatorische, sowie interne und externe Maßnahmen werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V geregelt.  Keine Regelungskompetenz für Orte der Leistungserbringung. Aufgabe der Rahmenempfehlung nach § 132I Absatz 1 SGB V.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Mit Absatz 5 erfolgen lediglich abstrakte Hinweise. Deren Konkretisierung erfolgt in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 132I SGB V.	Keine Änderung
b) Satz 2 streichen	Es gibt keine belastbare Definition von „stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur“.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile a)	Keine Änderung
c) Konkreter: „sowie eine angemessene Personalausstattung inklusive Atmungstherapeut oder Atmungstherapeutin“		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile a)	Keine Änderung
d) Ergänzen neuer Satz 2: „Von geeigneten Rahmenbedingungen ist auszugehen,	Keine Regelungskompetenz für Orte der Leistungserbringung.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
wenn eine geeignete Pflegefachkraft die Pflegemaßnahmen erbringen kann und die persönliche Bereitschaft zur Leistungserbringung besteht.“		Siehe Zeile a)	
e) Neuen Satz 4 ergänzen: „Räumlichkeiten nach § 37c Absatz 2 Nr. 4 SGBV sind von dieser Regelung nicht betroffen.“	Keine Regelungskompetenz für Orte der Leistungserbringung.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)	Keine Änderung
f) Kostentragung für die notwendigen Rahmenbedingungen ungeklärt, muss geklärt werden		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a)  Die Klärung von Kostenträgern für Rahmenbedingungen fällt nicht in die Regelungszuständigkeit der AKI-RL	Keine Änderung
g) Regelungen des Bestandschutzes zur Sicherstellung der Versorgung aufnehmen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Bestandsschutzregelungen für Leistungserbringer sind nicht Regelungsgegenstand der AKI-RL	Keine Änderung
h) Begründete Ablehnung zu PatV Position:	Geeignete Rahmenbedingungen müssen an allen Versorgungsorten vorliegen;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	<p>bauliche Anforderungen fallen in die Kompetenz der Länder (Ordnungsrecht);</p> <p>Organisatorisches ist über Rahmenempfehlung nach § 132I Absatz 1 SGB V zu regeln</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>	
<p>i) Begründete Zustimmung PatV Position:</p>	<p>Sachgerecht; der Patient das Recht hat, sich an Orten aufzuhalten, die nicht der in Absatz 5 angestrebten Normung entsprechen (Recht auf gleichberechtigte Teilhabe nach UN-Behindertenrechtskonvention und dem Grundgesetz).</p> <p>Schaffung der Voraussetzungen obliegt nur an den Orten nach in § 1 Absatz 4 Nr. 1 bis 3 genannten Orten dem Leistungserbringer;</p> <p>Orte nach § 1 Absatz 4 Nr. 5: obliegt jeweils zuständigen Kostenträgern unter Berücksichtigung des Versorgungsanspruchs der Betroffenen, kann keine Minderung des Leistungsanspruchs aus dem SGB V begründen, insbesondere, wenn damit ein Ausschluss von Bildungs- oder Teilhabeangeboten verbunden ist.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile a)</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>Mängel an den Rahmenbedingungen in der eigenen Häuslichkeit dürfen nicht dazu führen, dass die außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit versagt wird;</p> <p>Regelung greift sonst für in das Aufenthaltsbestimmungsrecht der Versicherten und der Sorgeberechtigten ein;</p> <p>Regelungen zu Rahmenbedingungen für Häuslichkeit und sonstige geeignete Orte können nicht im Rahmenvereinbarungen ohne Einbeziehung der Versicherte geregelt werden;</p> <p>Regelung zu Lasten Dritter;</p> <p>Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen;</p>		
<p>j) Ergänzen um Anforderung rollstuhlgerecht i.S. d. DIN 18040</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine Konkretisierung ist in der AKI-RL nicht zulässig. Entsprechende Regelungen sind in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 132I SGB V zu treffen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

GKV-SV, KBV, DKG	PatV
<p>(6) <sup>1</sup>Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. <sup>2</sup> Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. <sup>3</sup>Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die An- und Zugehörigen der oder des Versicherten einzubeziehen und deren Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>	<p>(6) <sup>1</sup>Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege in dem nach § 10 Absatz 5 definierten Umfang zu ermöglichen. <sup>2</sup>Der ärztlich verordnete Leistungsumfang wird durch die Beteiligung der An- und Zugehörigen nicht reduziert, um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden. <sup>3</sup>Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Absatz 6 streichen</p>	<p>Regelungsauftrag liegt bei den Partnern der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Der Verordnungsumfang ist Gegenstand der AKI-RL, nicht der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V. Siehe Hinweise zu b).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>b) Begründete Zustimmung Position PatV</p>	<p>Der Versorgungsumfang, den der Pflegedienst laut ärztlicher Verordnung zu erbringen hat, darf sich lediglich in dem zeitlichen Maße vermindern, in dem die An- und Zu-gehörigen tatsächlich im jeweiligen Zeitraum an der medizinischen Behandlungspflege beteiligt waren. Diese tatsächliche Beteiligung kann durch krankheitsbedingte oder andere Ausfälle der An- und Zugehörigen variieren. Der ärztlich verordnete Leistungsumfang darf aufgrund der Beteiligung durch An- und Zugehörige nicht reduziert werden.</p> <p>Versorgungssicherheit</p> <p>Das Konzept der Rückzugspflege widerspricht der Leistungsvoraussetzung des Bedarfs einer ständigen Interventionsbereitschaft bei potenziell lebensbedrohlichen Lagen. Die Position der PatV bringt sowohl das Bestreben, die An- und Zugehörigen in die Versorgung einzubeziehen und durch sie bestimmte Aufgaben übernehmen zu lassen, als auch den Grundsatz der Versorgungssicherheit gut miteinander in Einklang.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die konkrete Ausgestaltung der Versorgungsübernahme durch Angehörige erfolgt in den Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 2 SGB V. Die Grundsätze, dass Angehörige Versorgungsanteile in der AKI übernehmen können, werden in § 1 Absatz 3 Sätze 3-4 sowie in § 12 Absatz 6 geregelt. Daher wird dies an dieser Stelle gestrichen.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 3 (ehemals § 9) wird Absatz 3 für alle Positionen gestrichen.</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>c) Änderung Position PatV Satz 3: ... Umfang, in dem die Beteiligung der An- und Zugehörigen tatsächlich erfolgt ist.“</p>	<p>Befähigung der medizinischen Laien nur durch strukturiertes Training mit Erfolgskontrolle, Vergewisserung durch Ärztin/Arzt und Dokumentation. Regelmäßiges Notfalltraining, durch Konzepte der Pflegepädagogik die Ausbildung der medizinischen Laien unterstützen.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Ergänzung Position PatV: „Der Versorgungsumfang durch die Pflegefachkräfte reduziert sich nur im Nachhinein in der Dokumentation des Leistungsnachweises, in dem Maße, indem die Beteiligung durch die An- und Zugehörigen tatsächlich stattgefunden hat.“</p>	<p>Die Beteiligung durch An-u. Zugehörige wird in der Leistungsabrechnung des Leistungserbringers von diesem als nicht erbracht dokumentiert und daher nicht abgerechnet.</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Vorschlag PatV: Satz 3 streichen</p>	<p>Widerspruch zu Satz 2</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>f) Begründete Zustimmung Position GKV-SV, DKG, KBV</p>	<p>Privatsphäre Patient und Angehörige; orientiert sich an der S2K-Leitlinie; In Anlehnung an § 37 Absatz 3 wird hier die Rückzugspflege eingefordert. PatV Vorschlag ohne Verbindlichkeit; Geübte Praxis;</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>g) Begründete Ablehnung Position GKV-SV, DKG, KBV</p>	<p>Die RL des G-BA kann keine Zuweisung zum Aufgabenbereich der Sorgeberechtigten/ An- und Zugehörigen vornehmen;</p> <p>zivilgesetzlichen Regelung – kann im Rahmen des Sozialrechts nicht gelöst werden;</p> <p>Die außerklinische Intensivpflege ist der Laienpflege nicht zugänglich.</p> <p>Rückzugspflege kann nicht eingefordert werden, da Verstoß gegen den besonderen grundrechtlichen Schutz von Ehe und Familie;</p> <p>der Begriff der „Rückzugspflege“ abzulehnen, da damit der Eindruck der Delegation von Leistungen an An- und Zugehörige erweckt wird;</p> <p>Rahmen der AKI sollte von einer Beteiligung von An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege gesprochen werden;</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>h) Rückzugspflege nur auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
i) Änderung Vorschlag GKV-SV, DKG, KBV, zur klaren Trennung zwischen verordneter fachlich notwendiger Intensivpflege durch Pflegefachkräfte und der Betreuung durch Zugehörige.	Leistungen vorgegeben und an bestimmte Personengruppen  Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers ist vertraglich festgelegt.  Rolle Zugehöriger hat anderen Schwerpunkt.	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile b)	Keine Änderung
j) Änderung Vorschlag GKV-SV, DKG, KBV, „notwendig“ streichen		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile b)	Keine Änderung
k) Rückzugspflege nur nach Dekanülierung und Tracheostomaverschluss zulässig.		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile b)	Keine Änderung
l) Kontraindikationen die Rückzugspflege ausschließen beachten		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile b)	Keine Änderung
m) Ergänzung Vorschlag GKV-SV, DKG, KBV dahingehend, dass Verantwortung zur Sicherstellung der Pflege auch bei der Rückzugspflege bei dem Kostenträger liegt.	Sicherstellung der Versorgung	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Siehe Zeile b)	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>n) Beide Vorschläge ändern (konkreter Vorschlag siehe Stellungnahme), um das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zu gewährleisten und den Anspruch auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets zu berücksichtigen.</p>	<p>Bemerkung: Weder Intensivpflege-dienste noch Assistenzkräfte stehen unentgeltlich auf Abruf bereit, sondern planen ihre Einsatzzeiten verbindlich;</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>o) Beide Vorschläge ergänzen: Die Rückzugspflege ist nicht geeignet den Leistungszeitraum der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege der Betroffenen zu verkürzen.</p>	<p>Die außerklinische Intensivpflege ist der Laienpflege nicht zugänglich; Rückzugspflege kann nicht eingefordert werden, da Verstoß gegen den besonderen grundrechtlichen Schutz von Ehe und Familie;</p>	<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>

(7) <sup>1</sup>Liegt der Bedarf für außerklinische Intensivpflege gemäß § 3 Absatz 1 nicht mehr vor, endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. <sup>2</sup>Diesbezügliche Hinweise sind der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt durch den Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert nach Rücksprache mit der oder dem Versicherten unverzüglich die Krankenkasse.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
a) Absatz 7 Streichen	„Nichts über uns ohne uns!“	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Das Ende des Anspruchs ist ebenso zu regeln wie die Feststellung.	Keine Änderung
b) Ergänzen: Übergangsfrist von 6 Monaten	Hinweis: Casemanagement des Kostenträgers klärt weitere Versorgungsform;  Widerspruch zu § 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V;  AKI muss in allen Versorgungsformen, analog zu den Regelungen im GKV-IPReG, bis zu 6 Monate weiterfinanziert werden;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Wenn kein Bedarf mehr vorliegt, endet der Leistungsanspruch. Die Übergangsregelung nach §37c Absatz 3 für die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird davon nicht berührt. Eine Anwendung auf andere Versorgungsorte hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen.	Keine Änderung
c) Ergänzen Satz 4: „§ 37 c Absatz 3 Sätze 2 und 3 SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen.“		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		Siehe Zeile a).	
d) Für Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 Nr. 1-3 3 Übergangsfrist von drei Monaten einräumen	Stabilisierung des Betroffenen; ausreichend Zeit eine bedarfsgerechte Weiterversorgung zu organisieren;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).	Keine Änderung
e) Zu Satz 1 Ergänzung: „endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege mit Ablauf der letzten Verordnung“  Zu Satz 3 Ergänzung: „nach fachlicher Überprüfung und rechtzeitiger Ankündigung und Rücksprache mit dem/der Versicherten.“		Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).	Keine Änderung
f) Streichen: „endet der Anspruch auf außerklinischer Intensivpflege“	Widerspruch zu § 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).	Keine Änderung
g) Bezug auf ambulante Versorgung ergänzen,	Widerspruch zu § 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Siehe Zeile a).	Keine Änderung
h) Satz 2 streichen	Entscheidungsbefugnis liegt beim verordnenden Vertragsarzt;	Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt.	Änderung:

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		Gesetzlicher Auftrag des G-BA: siehe § 37c Absatz 1 Satz 8 Nr. 2 SGB V	In § 3 (ehemals § 9) Absatz 7 Satz 2 werden nach dem Worte „mitzuteilen“ die Wörter „und durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt zu prüfen.“ eingefügt
i) Aufhebungen für die Vergangenheit nicht möglich;	§ 48 Absatz 1 S: 1 SGB X;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.  Es wird geregelt, dass wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, der Anspruch nicht mehr besteht. Die Krankenkasse wird in diesen Fällen einen entsprechenden Aufhebungsbescheid erlassen. Das Verwaltungsverfahrenrecht ist bereits im SGB X geregelt und kein Gegenstand dieser Richtlinie.	Keine Änderung
j) Ergänzen um psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote durch	Vulnerable Gruppe;	Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>Fachkräfte der Sozialen Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Pflegestützpunkte</p>		<p>Die aufgeführten Leistungen sind nicht Gegenstand der AKI-RL.</p>	
<p>k) MD, beatmungserfahrenen Arzt/Ärztin, Krankenhaus in den Informationsfluss einbinden.</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Die Feststellung des Leistungsanspruchs erfolgt durch die Krankenkasse. § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V gilt.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>l) Klarstellung ergänzen „unabhängig von dem bereits verordneten Zeitraum.“</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen. Ergänzung erscheint nicht notwendig; Regelung ist ausreichend klar.</p>	<p>Keine Änderung</p>

**B-5.1.10 § 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege**

(nach Stellungnahmeverfahren § 12)

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
[Absatz streichen]	(1) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Koordination einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Begründete Zustimmung Streichung (KBV, DKG, PatV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine flächendeckende Verfügbarkeit Verordnungsberechtigter,</li> <li>- limitierte Einflussmöglichkeiten,</li> <li>- nicht praxistauglich</li> <li>- besser Zusammenarbeit auf Augenhöhe des Fachpersonals wie im nachfolgenden Absatz</li> <li>- keine Sektorenübergreifende Zuständigkeit</li> </ul>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	(Siehe Zeile b)

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenhausarzt trägt Verantwortung nur bis zur Überleitung</li> <li>- Widerspricht freier Arztwahl</li> <li>- Die Verantwortung liegt beim Kostenträger, der über die Genehmigung entscheidet</li> </ul>		
<p>b) Ablehnung Streichung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ohne diese Gesamtverantwortung wäre unklar, wer erforderlichen Schritte für die Verordnung, aber auch für die Umsetzung der Maßnahmen des Behandlungsplans in die Wege leitet.</li> <li>- ansonsten ist eine Zusammenarbeit der Willkür der einzelnen Beteiligten Leistungserbringer überlassen</li> <li>- beschreibt zentrale Rolle in der Gesamtverantwortung des verordnenden Arztes</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>Änderung:</b> Absatz 1 wird wie folgt gefasst: <i>„Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung der oder des Versicherten einschließlich der rechtzeitigen Einleitung des Verfahrens zur Erhebung nach § 5.“</i></p>
<p>c) Ergänzen um „Krankenhausarzt“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Da die Ersteinstellung für die außerklinische Intensivpflege in der Regel im Krankenhaus stattfindet, muss der verord-</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
	<p>nende Krankenhausarzt auch die Verantwortung für die Erstversorgung im außerklinischen Bereich tragen und eine verbindliche Kontrolluntersuchung terminieren (vgl. Leitlinie).</p>	<p>Im Rahmen des Entlassmanagements kann eine Erstverordnung von Außerklinischer Intensivpflege in der Verantwortung des entlassenden Krankenhausarztes erfolgen. Die Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements sind der Richtlinie zu entnehmen.</p> <p>Ebenso ist vorgegeben, dass weitere Verordnungen von AKI auf der Basis regelmäßig stattfindender Potentialerhebungen durch speziell qualifizierte Ärztinnen und Ärzten zu erfolgen haben. Dies stellt die kontinuierliche Behandlung der Patientinnen und Patienten auch nach Entlassung aus der stationären Versorgung sicher</p>	
<p>d) Ergänzen um:  <i>„... trägt die Anordnungsverantwortung einschließlich der Instruktions- und Überwachungspflicht. Die Durchführungs- und Übernahmeverantwortung trägt die jeweils</i></p>	<p>Im Zusammenhang mit Leistungserbringer nach §132I SGB V formulieren.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Durchführungs- und Übernahmeverantwortung durch eine Pflegefachkraft ist nicht im Rahmen der AKI-RL zu regeln.</p> <p>Es handelt sich bei der Verordnung von AKI um eine Veranlassung von Leistungen seitens der verordnenden Ärztinnen</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<i>durchführende Pflegefachkraft.“</i>		und Ärzte und nicht um eine Delegation von ärztlichen Tätigkeiten.	
e) Ergänzen um Vorgabe der Kontaktaufnahme mit den Patienten sofort und spätestens vier Wochen nach Einzug.	Zwei verpflichtende Nachfassgespräche stellen Kommunikationsflüsse sicher	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Aufgrund der Begrenzung einer Erstverordnung von AKI im Rahmen des Entlassmanagements auf 7 Tage sowie bei einer Erstversorgung aus der vertragsärztlichen Versorgung auf grundsätzlich 5 Wochen ist ein zeitnaher nachfolgender ärztlicherer Kontakt vorgegeben. Weiterhin sind Folgeverordnungen an persönliche Behandlungskontakte zwischen verordnen Ärzten und Ärztinnen und den Patienten Und Patientinnen gebunden sowie einer Potentialerhebung durch speziell qualifizierte Ärztinnen und Ärzten.</p> <p>Weitere Arzt-Patienten-Kontakte sind individuell in Abhängigkeit der Grund- und Begleiterkrankungen zu entscheiden.</p>	Keine Änderung
f) Koordination durch Casemanagement, Lotsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlüsselstellung für Betroffene</li> <li>- Bei den verordnenden Vertragsärzten werden keine Ressourcen gesehen.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Stellenwert einer guten Kooperation und Koordination gesundheitlicher Versorgung ist aufgrund der Komplexität</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>der Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und deren Behandlungsverläufen in der außerklinischen Intensivpflege besonders hoch und wird somit primär dem ärztlichen Verantwortungsbereich zugeschrieben.</p> <p>Unterstützungsleistungen durch weitere medizinische Fachkräfte im Rahmen dieser Aufgaben (bspw. Terminfindung, Dokumentationsassistenz u.a.) bleiben hiervon unbenommen und unterliegen der o.g. ärztlichen Verantwortlichkeit.</p>	
<p>g) Die Zusammenarbeit aller Leistungserbringer in Form von Netzwerken und Teambesprechungen muss klar definiert, dokumentiert, zentral koordiniert und vergütet werden.</p>	<p>- Analog SAPV, gem. Vorschlag DIGAB e.V.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Klar definierte und dokumentierte Absprachen sind Vorgabe gemäß des Richtlinienentwurfes. Eine Anpassung der Vergütung der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer ist nicht Teil der Beratungen im G-BA.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>h) Das bei der KV etablierte Fallmanagement Intensivversorgung koordiniert die Zusammenarbeit der verordneten außerklinischen Intensivversorgung.</p>		<p>Davon ausgehend, dass hier die Krankenkasse gemeint ist, wird die Stellungnahme zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Stellenwert einer guten Kooperation und Koordination gesundheitlicher Versorgung ist aufgrund der Komplexität</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>der Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und deren Behandlungsverläufen in der außerklinischen Intensivpflege besonders hoch und wird somit primär dem ärztlichen Verantwortungsbereich zugeschrieben.</p> <p>Der Anregung der Stellungnehmer zur weiteren Einbindung der Krankenkassen wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Siehe hierzu Änderung in § 4 (ehemals §3):</p> <p>Bei Feststellung eines Potentials zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanüllierung gilt nach § 4 Absatz 3 (Fassung nach Stellungsnehmerverfahren):</p> <p>Die Krankenkassen wirken unterstützend mit, geeignete Einrichtungen nach Satz 2 [auf Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung] mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, sofern ihnen diese bekannt sind.</p>	
<p>i) Verordnungs- und Versorgungssicherheit muss zunächst sicherge-</p>	<p>- Fachkräftemangel, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsene</p>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p>Siehe Änderung zu §§ 5 und 6 (Fassung nach Stellungsnehmerverfahren)</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>stellt werden. Strukturelle Probleme der ambulanten ärztlichen Versorgung dürfen keinesfalls zu einer Gefährdung der Verordnung- und Versorgungssicherheit der Patient*innen führen</p>		<p>Entsprechend des in §§ 5 und 6 (Fassung nach Stellungnahmeverfahren) beschriebenen abgestuften Behandlungsverfahrens wird einerseits zwischen Qualitätsanforderungen an Ärztinnen und Ärzte, die verordnen und andererseits Qualitätsanforderungen an Ärztinnen und Ärzte, die das Entwöhnungspotential feststellen, unterschieden. Dadurch werden die verfügbaren ärztlichen Ressourcen optimal eingesetzt.</p> <p>Für die Verordnung bei Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsene werden keine zusätzlichen Qualifikationsanforderungen zur Facharztweiterbildung Kinder- und Jugendmedizin gefordert und der Beschlussentwurf dahingehend konsentiert.</p>	
<p>j) Ergänzen, dass Im Rahmen von Modellvorhaben spezialisierte ambulante Beatmungsversorgungsteams nach dem Muster der SAPV für die Koordination gebildet werden.</p>		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Modellvorhaben sind nicht Gegenstand der Richtlinie und nicht vom Regelungsauftrag des G-BA umfasst. Die Umsetzung und Wirkung dieser Richtlinie wird vom G-BA innerhalb von 4 Jahren nach Inkrafttreten überprüft (siehe § 13). Dabei sind ggf. erforderliche Anpassungen</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		zu den Regelungen zur Zusammenarbeit (siehe § 12, ehem. § 10) zu prüfen.	

(1) bzw. (2)

<sup>1</sup>Die an der außerklinischen Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weiteren Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. geeignete Pflegefachkräfte, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger) arbeiten im Rahmen eines Netzwerkes eng zusammen. <sup>2</sup>Dazu gehören, ausgerichtet an dem individuellen Bedarf **[PatV zusätzlich: und unter Beteiligung]** der oder des Versicherten, Teambesprechungen aller beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Angehörigen von Gesundheitsfachberufen **[PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen]** mit klar definierten und dokumentierten Absprachen. <sup>3</sup>Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung **[KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu]** **[GKV-SV: sind verpflichtend]**. <sup>4</sup>Bereits in der Versorgung etablierte Kooperationsformen sollen fortgeführt werden, **[GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen]**.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Absatz streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereits heute arbeiten in der Praxis alle Beteiligten eng zusammen.</li> <li>- Verpflichtung kann zu Praxisproblemen führen (z.B. Mindeststärke des Netzwerkes)</li> <li>- Beteiligte daher ohne ausdrückliche Regelung zusammenwirken lassen.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Netzerfahrungen gezeigt haben, dass Eckpunkte der Zusammenarbeit klar festgehalten werden müssen. Der Absatz dient daher der Be-</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- personelle Anforderungen sind nach § 132 I Absatz 2 SGB V durch die Rahmenempfehlungspartner zu regeln.</li> </ul>	<p>schreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerk und damit der Reduzierung von Verantwortungsdiffusion.</p> <p>Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 8 Nr. 2 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination, zu regeln.</p>	
<p>b) Ändern: Der koordinierende Vertragsarzt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist unrealistisch, hier mehrere Vertragsärzte an einen Tisch zu bekommen.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Für eine bedarfsgerechte Kooperation und Koordinierung der notwendigen therapeutischen Leistungen ist die Einbindung weiterer an der Versorgung beteiligter Vertragsärzte erforderlich.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>c) Satz 2 Absprachen ergänzen: insb. Therapieziel</p>		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Inhalte der Teambesprechungen sind individuell zu vereinbaren, die Notwendigkeit klar definierten und dokumentierten Absprachen wird hier festgelegt.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
d) Satz 2 Erg.- PatV streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht alle Betroffenen sind in der Lage, die Inhalte einer interdisziplinären Teamsitzung so zu integrieren, dass aus der Teilnahme an der Sitzung eine Verbesserung der Situation resultiert.</li> <li>- Das lässt sich in der Praxis nicht umsetzen.</li> </ul>	<p>Die Therapieziele sind im Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</p> <p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 12 (Fassung nach Stellungnahmeverfahren) wird in Absatz 2 nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:</p> <p><i>„<sup>3</sup>Hierbei sollen die oder der Versicherte und die an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen in geeigneter Weise eingebunden werden.“</i></p>
e) Beteiligung An- und Zugehörige streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das lässt sich in der Praxis nicht umsetzen.</li> <li>- Erschwert Organisation eines gemeinsamen Termins</li> <li>- Gespräche mit Zugehörigen finden außerhalb der Fallbesprechungen statt.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>(siehe Zeile d).</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
f) Satz 2 ergänzen um von der oder dem Versicherten gewünschten hinzugezogenen Personen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beteiligung auch bei Einschränkung der Kommunikation ermöglichen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>(siehe Zeile d).</p>	Keine Änderung
g) Zustimmung Beteiligung An- und Zugehörige (Position PatV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beteiligung An- und Zugehörige Insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen</li> <li>- nicht nur in den Fällen, in den diese medizinische Behandlungspflege erbringen.</li> <li>- patientenindividualisierten Therapie</li> <li>- notwendig für ein Gelingen des Versorgungsgeschehen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>siehe Zeile d).</p>	Keine Änderung
h) Satz 2: statt An- und Zugehörige Teilnahme um einen gesetzlichen Vertreter oder Bevollmächtigten ergänzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnahme diverser An- und zugehöriger würde nicht der Zielführung entsprechen.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>siehe Zeile d).</p>	Keine Änderung
i) Satz 2 ergänzen um Beteiligung der Kostenträger		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Information der Kostenträger über den Behandlungsverlauf wird u.a. über die Inhalte des Verordnungsvordruckes sowie des beizulegenden Behandlungsplanes gewährleistet. Ergänzende Informationsanlässe der Krankenkassen sind</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		ebenfalls vorgesehen, bspw. bei der Feststellung eines Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotentiales.	
j) Satz 4 ergänzen um Schaffung telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- für den Aspekt der gesetzlich zugesicherten Teilhabe wegen seines Mehrwertes notwendig.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>In diesem Absatz ist die Zusammenarbeit der an der außerklinischen Versorgung beteiligten Leistungserbringenden angesprochen. Die Form der Kooperation ist diesbezüglich nicht näher vorgegeben.</p>	Keine Änderung
<p>k) Satz 2: Versicherte bzw. Zu- und Angehörigen als wichtiger Kontext- und Umfeldfaktoren miteinbezogen, beteiligt werden und aktiv mitwirken</p> <p>Auch Kinder und Jugendliche</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adhärenz</li> <li>- Beiteiligung des Versicherten ist essentiell</li> <li>- Selbstbestimmungsrecht</li> <li>- Federführung durch Patienten</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile d).</p>	Keine Änderung
l) Satz 3 Klären, wie Vergütung von Fallbesprechungen der nicht ärztlichen Leistungserbringer erfolgt,		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine Anpassung der Vergütung der Leistungserbringer ist nicht Teil der Beratungen im G-BA.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>als neue Leistung einführen,</p> <p>Vergütung durch Bundesmantelvertrag regeln</p> <p>Hinweis auf erforderliche Refinanzierung dieser Fallbesprechungen.</p>			
<p>m) Satz 1: Sozialarbeiter, Patientenlotsen einbeziehen und bei Koordination unterstützen lassen</p>		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Aufzählung der zu beteiligenden Berufsgruppen ist nicht abschließend (z.B.) und kann ergänzt werden.</p> <p>Die Kooperation und Koordination gesundheitlicher Versorgung ist aufgrund der Komplexität der Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und deren Behandlungsverläufen in der außerklinischen Intensivpflege besonders hoch und wird somit primär dem ärztlichen Verantwortungsbereich zugeschrieben</p> <p>Unterstützungsleistungen durch weitere Personen im Rahmen dieser Aufgaben (bspw. Terminfindung) bleiben hiervon unbenommen und unterliegen der o.g. ärztlichen Verantwortlichkeit</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
<p>n) Satz 3 Keine verpflichtenden Kooperationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Freie Arztwahl, Fachkräftemangel,</li> <li>- Aufgrund heterogener Patientengruppe nicht sinnvoll</li> <li>- Sollen erfolgen, wo geboten, aber nicht verpflichtend</li> <li>- Kontrahierungszwang</li> <li>- Der GBA ist vom Gesetzgeber nicht legitimiert eine verpflichtende Ko-operation als Grundlage für eine Leistungserbringung nach §132I SGB V einzubringen und damit Einfluss auf den Marktzugang für Interessenten zu nehmen.</li> <li>- Verpflichtung kann zu einer großen Hürde werden</li> <li>- Keine Flächendeckung für Kooperationspartner vorhanden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine bedarfsgerechte Kooperation und Koordinierung der notwendigen therapeutischen Leistungen ist gemäß den Vorgaben dieser Richtlinie herzustellen. Dies kann u.a. durch vernetztes Arbeiten und eine strukturierte Koordination und Kooperation der ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer sowie dokumentierte Absprachen zwischen den Beteiligten umgesetzt werden.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>o) Satz3 Zustimmung verpflichtenden Kooperationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbindlichkeit</li> <li>- Einbindung Expertise</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 12 (Fassung nach Stellungnahmeverfahren) wird in Absatz 2 nach Satz 3 (neu) folgender Satz 4 eingefügt:</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>„<sup>4</sup>Im Rahmen der Zusammenarbeit sollen auch Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung eingegangen werden.“</p>
<p>p) Fachärzte sind zu (telemedizinischen) Konsilen verpflichtet.</p>		<p>Die Möglichkeiten der telemedizinischen Behandlung sowie der Einbindung über Konsilien werden an verschiedenen Stellen der Richtlinien angesprochen.</p> <p>In diesem Absatz ist die Zusammenarbeit der an der außerklinischen Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Die Form der Zusammenarbeit ist diesbezüglich nicht näher vorgegeben.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>q) Kooperationen im Rahmen telemedizinischer Konzepte ermöglichen</p>		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Form der Zusammenarbeit ist diesbezüglich nicht näher vorgegeben.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>r) Telemedizin ausbauen, insb. für speziell auf einzelne Erkrankungen</p>	<p>- Zugang für Versicherte erhöhen</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>ausgerichtete Netzwerkstrukturen (beispielsweise zertifizierte Neuromuskuläre Zentren der DGM, SPZ, ALS-Ambulanzen, MZEB)</p> <p>Zentren für Beatmungsentwöhnung,</p> <p>Querschnittgelähmten-Zentren, DIGAB-zertifizierte Zentren für Außerklinische Beatmung</p> <p>Telemedizin zur Kommunikation in der interprofessionellen Fallbesprechung</p>		<p>Die Form der Zusammenarbeit ist diesbezüglich nicht näher vorgegeben</p>	
<p>s) Satz 4: Bereits in der Versorgung etablierte Kooperationen sollen fortgeführt werden, <i>bestehende Ressourcen sind zu nutzen und auszubauen.</i></p>		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Satz 4 wurde ersatzlos gestrichen.</p>
<p>t) Satz 4: Übergangszeitraum für Erlangung des</p>		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
Anforderungsprofils schaffen		<p>Verordnungen im Rahmen der Außerklinischen Intensivpflege auf Basis der Richtlinie für die Versicherten werden ab dem 01.01.2023 ausgestellt.</p> <p>Dieser wurde als frühestmöglicher Zeitpunkt gewählt, bis zu dem voraussichtlich alle Voraussetzungen erfüllt sein werden, um eine Verordnung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege auf Basis der Richtlinie zu ermöglichen. Die vorbereitenden Schritte für eine koordinierte Einführung dieser Versorgungsleistungen findet somit ihre Berücksichtigung.</p>	
u) Satz 4: Zustimmung Anforderungsprofil	- fachliche Präzisierung zum Vorteil der Patienten	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung
v) Kooperation ausschließlich auf Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege beziehen		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Stellenwert einer guten Kooperation und Koordination gesundheitlicher Versorgung ist aufgrund der Komplexität der Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und deren Behandlungsverläufen in der außerklinischen Intensivpflege besonders hoch. Bei den Versicherten müssen – abhängig von der Art und Dauer ihrer Erkrankung – zahlreiche</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
		<p>Leistungserbringer in ihre Behandlung einbezogen werden. Dies schließt bspw. Heilmittelerbringende oder Hilfsmittelversorger ein, die nicht der Gruppe der leistungserbringenden nach § 132 I zuzuschreiben sind.</p>	
<p>w) Satz 1: Klammerzusatz Gesundheitsfachberufe: ergänzen: Atmungstherapeut*innen, Fachkräfte der Sozialen Arbeit</p> <p>Streichen: Hilfsmittelversorger</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergänzung: Berufsgruppen sind an einer Überleitung und Beratung maßgeblich beteiligt</li>   <li>- Streichung: Hilfsmittelversorger sind keine berufsgruppe</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Hierbei handelt es sich um einen zusammenfassenden Begriff, der bspw. vom Bundesverband deutscher Hilfsmittelversorger e.V. verwendet wird.</p>	<p><b>Änderung:</b> (Fassung nach Stellungnahmeverfahren, jetzt § 12 Absatz 2) (z.B. geeignete Pflegefachkräfte, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger, <b>Atmungstherapeuten</b>)</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
x) Satz 2: die Betroffenen und/oder deren Vertrauensperson/Sorgeberechtigte müssen einbezogen werden und haben das Recht, sich in die Fallkonferenzen einzubringen.		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. (siehe Zeile d).	Keine Änderung

(2) bzw. (3)

Bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, ist Ziel der Kooperation auch die Sicherung der Versorgungskontinuität bei Beendigung der Versorgung durch die Kinderärztin oder den Kinderarzt.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Statt „bei Beendigung der Versorgung“ „Überleitung von...zu“		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p> <p>Dieser Absatz stellt die Versorgungskontinuität für diese Versicherten bei der Überleitung von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin sicher. Diese Phase des Übergangs birgt sowohl für die jungen Volljährigen (und deren Eltern) als auch für die professionellen Akteure einige Herausforderungen. In dieser Zeit kommt es z. B. häufiger zu Therapieabbrüchen oder mangelnder Medikamenteneinnahme. Um eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten und Versorgungsbrüche zu vermeiden, soll dieser Übergang geplant und fließend erfolgen</p>	Keine Änderung
b) korrekte Bezeichnung <i>Kin-der- und Jugendarzt /-ärztin</i> verwenden		Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt	<p><b>Änderung:</b></p> <p>In § 12 Absatz 3 (ehemals § 10 Absatz 2/3) wird die Bezeichnung „Kinderärztin oder Kinderarzt“ durch die Bezeichnung „Kinder-</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt“ ersetzt.
c) Anforderungen an Kooperationspartner definieren		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Anforderungen an die ärztliche Versorgung im Rahmen der AKI sind der Richtlinie zu entnehmen, weitere Anforderungen an die Leistungserbringer der Pflegeberufe sind den Rahmenvorgaben nach §132 I zu entnehmen	Keine Änderung

(3) bzw. (4)

<sup>1</sup>Der Leistungserbringer nach § 132 I SGB V berichtet der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt bei Veränderungen in der Pflegesituation bzw. bei Veränderungen, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken oder nach Aufforderung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt, gegebenenfalls auch unter Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation. <sup>2</sup>Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt entsprechend dem Behandlungsplan über Veränderungen des Gesundheitszustandes und über Unter- oder Überschreitung von durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt definierten Grenzwerten der Vitalzeichen zu informieren. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Absatz 3 / 4 streichen	- Die personellen Anforderungen sind nach § 132 I Absatz 2 SGB V durch die Rahmenempfehlungspartner zu regeln.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information Pflege – Arzt ist selbstverständlich</li> <li>- Bereits in § 6 Absatz 2 Satz 3 geregelt.</li> <li>- Nicht ohne Einverständnis der Versicherten mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu kommunizieren.</li> <li>- Fallmanagement koordiniert</li> </ul>	<p>Eine Regelung personeller Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 132I findet an dieser Stelle nicht statt.</p> <p>Der Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V handelt auf Veranlassung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes. Daraus lässt sich eine Informationspflicht des Leistungserbringers nach § 132I Absatz 5 SGB V gegenüber der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt ableiten, wenn relevante Änderungen in der (Pflege-) Situation eintreten.</p> <p>Weitere Einzelheiten zu Art und Umfang der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit anderen Beteiligten der außerklinischen Intensivpflege sind nach § 132I Absatz 2 Nr. 2 Gegenstand der Rahmenverträge.</p>	
<p>b) Satz 2 und 3: ergänzen um weiteren mitbehandelnden qualifizierten Ärztinnen und Ärzte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicherstellung Information an alle Beteiligten</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Im Rahmen der gesamten Verantwortung für die Koordination der Behand-</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>lungsleistungen sowie die genannten interdisziplinären Kooperationen können weitere behandelnde Ärztinnen und Ärzte durch die Verordnenden eingebunden werden.</p>	
<p>c) Satz 2: individuellen Spielraum der Parameter gemäß Behandlungsplan ergänzen: <i>„sofern die Über-/Unterschreitung von Grenzwerten nicht durch Maßnahmen aus dem Behandlungsplan behoben werden können und aufgrund der fachlichen Erfahrung nicht im individuell Erwartbaren liegen.“</i></p>		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Die fachliche Entscheidung und Verantwortung für ein solches individuelles Vorgehen obliegt im medizinischen Einzelfall den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und ist nicht Gegenstand der Richtlinie.</p>	<p>Keine Änderung</p>

(4) bzw. (5)

<sup>1</sup>Insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert der Leistungserbringer nach § 132I SGB V unverzüglich die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt.

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
<sup>2</sup> Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	<sup>2</sup> Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Absatz 4/5 streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die personellen Anforderungen sind nach § 132 I Absatz 2 SGB V durch die Rahmenempfehlungspartner zu regeln.</li> <li>- Integraler Bestandteil der allgemeinen Krankenbeobachtung</li> <li>- Der Leistungserbringer ist nicht befugt, ohne Einverständnis der Versicherten mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu kommunizieren.</li> <li>- In § 6 Absatz 2 S. 3 bereits geregelt</li> <li>- Fallmanagement informiert</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Eine Regelung personeller Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 132I findet an dieser Stelle nicht statt.</p> <p>Weitere Einzelheiten zu Art und Umfang der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit anderen Beteiligten der außerklinischen Intensivpflege sind nach § 132I Absatz 2 Nr. 2 Gegenstand der Rahmenverträge.</p>	Keine Änderung
b) Einwilligung der versicherten Person zur Voraussetzung machen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entscheidung und Kontrolle über Behandlung liegt beim Versicherten</li> <li>- Keine Zwangsbehandlung</li> </ul>	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Das Anliegen ist in 4 und § 5 bereits aufgegriffen:</p> <p>In § 4 Absatz 3 (nach Stellungnahme [...] leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt <u>in Abstimmung mit der oder dem Versicherten</u> unverzüglich Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung ein [...]</p> <p>mit</p> <p>§ 5 Absatz 6 und 8</p> <p>[...] Strukturierte Ermittlung [DKG Evaluation] des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs) [...];</p>	
<p>c) Abstimmung mit dem Versicherten erforderlich</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausschöpfung des Weaningpotentials insb. bei Kindern und Jugendlichen ein komplexer Prozess</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Satz 1 ergänzen „sicheres Entwöhnungspotenzial“ und „unverzüglich“ streichen Statt“ unverzüglich“ „sobald er</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unverzüglich ist keine klare Vorgabe an das Handeln</li> <li>- Um der Praxis gerecht zu werden, kann hier nur eine Informationspflicht ab Kenntnisnahme normiert werden.</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Gemäß § 121 BGB ist eine Handlung unverzüglich, wenn sie ohne schuldhaftes Zögern vorgenommen wurde.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
Kenntnis erlangt hat“.			
e) Satz 1: ergänzen um Information an mitbetreuende(n) Beatmungserfahrende(n) Ärztin/Arzt oder das feststellende Krankenhaus		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen  Im Rahmen der gesamten Verantwortung für die Koordination der Behandlungsleistungen sowie die genannten interdisziplinären Kooperationen können weitere behandelnde Ärztinnen und Ärzte durch die Verordnenden eingebunden werden.	Keine Änderung
f) Satz 2: beide Vorschläge verbinden	- höhere Verbindlichkeit zur Einleitung von Maßnahmen (bei Vorschlag KBV, PatV).	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen	Keine Änderung
g) Satz 2: Ändern, so dass die Krankenkasse die Aufgabe übernimmt, die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten.	- Der Vertragsarzt kann diese Maßnahmen häufig gar nicht einleiten, da nicht ausreichend Behandlungsplätze zur Verfügung stehen.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen  Siehe § 4 (ehemals § 3) Absatz 3 Satz 2.	<b>Änderung</b>  In § 4 (ehemals § 3) wird folgende Satz 2 ergänzt:  14. <i>„<sup>2</sup>Die Krankenkassen wirken unterstützend mit, geeignete Einrichtungen nach Satz 1 mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, sofern ihnen diese bekannt sind.“</i>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>h) Begründete Zustimmung Vorschlag GKV-SV, DKG</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflicht des verordnenden Vertragsarztes, ohne längere Verzögerungen einen Weaning- bzw. Dekanülierungsversuch zu initiieren.</li> <li>- Klare Regelung der Zuständigkeiten</li> <li>- Verbindlichkeit für alle</li> <li>- Um Potenziale auszuschöpfen, schnellstmögliche weitere Maßnahmen erforderlich um Therapiezeitfenster nicht ungenutzt verstreichen zu lassen</li> <li>- Vorschlag PatV, KBV zu unbestimmt</li> <li>- Information der Krankenkasse dienst dem Fallmanagement</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>i) Begründete Zustimmung Vorschlag PatV, KBV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorschlag GKV-SV, DKG verstößt gegen Art. 5 Abs 1 Buchst. C DSGVO</li> <li>- Arzt prüft Hinweise, bevor er sich für oder gegen die Einleitung weitere Maßnahmen entscheidet</li> <li>- Unverzögliches aber ungeprüftes Handeln wird abgelehnt</li> <li>- Die Krankenkasse sollte erst entscheiden, wenn eine Dekanülierung sicher ist</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information an Krankenkasse ohne Prüfung des Arztes, ob ein tatsächlicher Bedarf an weiteren Maßnahmen vorliegt, wird abgelehnt</li>   <li>- Bei Kindern und Jugendlichen ist die erfolgreiche Ausschöpfung des Weaningpotentials ein besonders komplexer Prozess, Abstimmung zwischen den Vertragsärzten nach § 4 Absatz 4 <b>und dem Versicherten</b> erforderlich</li> </ul>		

(5) bzw. (6)

KBV, DKG (5), GKV-SV (6)	PatV (5)
<p><sup>1</sup>Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132I SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen. <sup>2</sup>Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. <sup>3</sup>Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. <sup>4</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p><sup>1</sup>Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. <sup>2</sup>Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Verweis auf Sk2-Leitlinie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückzugspflege beschreibt dort die Verminderung des durch Pflegende erbrachten Versorgungsumfangs beim Patienten</li> <li>- Beachten, dass die Verordnungsvoraussetzungen für AKI andere sind als HKP: ständige vitale Gefährdung, Interventionsbereitschaft, potenziell lebensbedrohliche Notlagen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>	<p><b>Änderung:</b> In § 12 (ehemals § 1) wird Absatz 6 Satz 1 bis 3 gemäß PatV Position mit Modifikationen konsentiert.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachpflegerischer Rückzug hier grundsätzlich nicht zulässig / Patientensicherheit gefährdet</li> </ul>		
<p>b) Ergänzen: „Die Rückzugspflege ist nicht geeignet den Leistungszeitraum der Versorgung mit außerklinischen Intensivpflege der Betroffenen zu verkürzen.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AKI ist der Laienpflege nicht zugänglich</li> <li>- Schutz der Familie</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p> <p>Eine Beteiligung der An- und Zugehörigen an der im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege verordneten Versorgung zielt insbesondere bei einer Versorgung im Haushalt der Familie der oder des Versicherten auf den Schutz der Familie und der Persönlichkeitsrechte der Versicherten und Ihrer Familienangehörigen. Die Beteiligung der An- und Zugehörigen muss in dem gewünschten Umfang ermöglicht werden, sofern die eigenständige Bewältigung des Versorgungsalltags auch unter Berücksichtigung der Familiensituation möglich ist, eine qualifizierende Anleitung in dem erforderlichen oder gewünschten Umfang nach § 3 Absatz 1 Nr. 9 erfolgt ist und die fachgerechte Versorgung auch in Abstimmung mit dem Leistungserbringer nach § 132I SGB V sowie dem verordnenden Ver-</p>	<p>Siehe Zeile a)</p>

		tragsarzt oder der verordnenden Vertragsärztin durch die An- und Zugehörigen gewährleistet werden kann.	
c) Für Beteiligung der An- und Zugehörigen (z.B. bei jungen Versicherten): koordinierte vorbereitende Maßnahmen erforderlich	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voraussetzung: Beteiligung wird vom Versicherten ausdrücklich gewünscht</li> <li>- Ausreichende Schulung der An- und Zugehörigen</li> <li>- Festlegung eines definierten Zeitraums der Beteiligung ( in Absprache zwischen Pflegedienstleister und verordnenden Ärztinnen/Ärzten)</li> <li>- Verbindliche Vertretungsregelung notwendig / vergüteter Bereitschaftsdienst</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	siehe Zeile b)
d) Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es muss Schulung der An- und Zugehörigen erfolgen</li> <li>- Art, Umfang und Schwierigkeit der pfleg. Maßnahme muss strukturiert ermittelt werden; fach- und sachgerechte Versorgung mit Verbrauchsmaterialien und Hilfsmitteln sicherstellen [usw.]</li> <li>- Rückzug des Pflegedienstes darf erst dann erfolgen, wenn pfleg. Maßnahmen in gebotener Weise selbst sichergestellt werden können</li> <li>- Verweis auf § 132I</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	siehe Zeile b)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umfang Folge-VO bedarfsgerecht anpassen</li> </ul>		
e) Satz 3 Streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information an Kostenträger erfolgt durch Versicherten/ Leistungserbringer</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung und gewährleistet die Informationsweiterleitung an den Kostenträger.</p>	Keine Änderung
Position KBV, DKG (5), GKV-SV (6)			
f) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulierung orientiert sich an S2K-Leitlinie</li> <li>- Rückzugspflege ist wichtiger Bestandteil in der Versorgung (Ärztin/Arzt muss über entsprechende Aktivitäten unterrichtet sein, um Versorgungswidrigkeiten entgegenzuwirken), Bewertung durch den Arzt/ der Ärztin</li> </ul>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen	Siehe Zeile a)
g) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voraussetzung für erfolgreiche Rückzugspflege ist enge Abstimmung mit Versicherten bzw. deren/dessen Angehörigen, dem Leistungserbringer nach § 132I SGB V u. verordnenden Ärztin/Arzt über Maß der Rückführung des Versorgungsumfanges</li> </ul>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen	Siehe Zeile a)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- strukturierte Anleitung und Schulung der Angehörigen.</li> </ul>		
h) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Darf nicht zu Reduzierung des ärztlich verordneten Versorgungsumfangs führen</li> <li>- Leistungsanspruch darf nicht eingeschränkt werden</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	siehe Zeile b)
i) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berücksichtigung des Patientenwillens fehlt</li> <li>- Eingriff in Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen</li> <li>- „Nichts über uns ohne uns!“</li> <li>- Patient entscheidet über Versorgung durch Angehörige, nicht der Arzt</li> <li>- In § 6 Absatz 2 S. 3 ist bereits geregelt, dass die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt den Zustand der Versicherten von sich aus überprüft und nach Rücksprache und mit Einverständnis der oder des Versicherten mit der Krankenkasse kommuniziert.</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	siehe Zeile b)
j) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Rückzugspflege“ analog zu HKP kann aufgrund der Bestimmungen nach § 37c nicht angestrebt werden</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p> <p>Siehe Zeile b)</p>	siehe Zeile b)

<p>k) Begriff der Rückzugspflege unangemessen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In pflegerischer Versorgung/ im Pflegeverständnis geht es immer um die Förderung des Selbstmanagements, Selbstständigkeit und Erlangung der Pflegeunabhängigkeit der/des Versicherten</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>	<p>siehe Zeile a)</p>
<p>Position PatV</p>			
<p>l) Zustimmung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ablehnung des Grundsatzes der Rückzugspflege innerhalb der AKI-RL</li> <li>- Beteiligung durch An- und Zugehörige auf deren Wunsch hin wird begrüßt</li> <li>- Berücksichtigung des Patientenwillens</li> <li>- Die Versorgung darf nicht auf An- und Zugehörige verlagert und der Leistungsanspruch eingeschränkt werden</li> <li>- Vorschlag bringt Bestreben des Einbezugs von Angehörigen und Patientensicherheit in Einklang</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt Siehe b)</p>	<p>siehe Zeile a) und b)</p>
<p>m) Ablehnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Nichts über uns ohne uns!“</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>	<p>Siehe Zeile a) <b>Änderung:</b> In Satz 1 werden nach dem Wort „diese“ die Wörter „und die oder der Versicherte“ ergänzt.</p>

<p>n) Ablehnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulierung enthält keine Verbindlichkeit</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt Siehe b)</p>	<p>siehe Zeile b)</p>
<p>o) Aufnahme mit Änderung: <i><sup>1</sup>Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. <sup>2</sup>Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Immer Entscheidung von Pat. und An- und Zugehörigen, ob pflegerische Tätigkeit ohne professionellen Leistungserbringer übernommen wird (nicht Entscheidung der/des Ärztin/Arztes</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt Siehe Zeile b)</p>	<p>siehe Zeile b)</p>
<p>p) Ergänzung: <i><sup>5</sup>Die Rückzugspflege ist nicht geeignet</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AKI ist der Laienpflege nicht zugänglich</li> <li>- Im Zeitraum der Laienpflege ist bei fehlerhafter Versorgung Ärztin/Arzt haftbar</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt siehe Zeile b)</p>	<p>siehe Zeile b)</p>

<p><i>den Leistungszeitraum der Versorgung mit außerklinischen Intensivpflege der Betroffenen zu verkürzen.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundsatz des besonderen Schutzes von Ehe und Familie wird in besondere Last verkehrt</li> <li>- Kein rechtlicher Spielraum</li> </ul>		
<p>q) Zustimmung mit Ergänzung:]   <i>„Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse, dass die An- und Zugehörigen sich im Verordnungszeitraum beteiligen möchten. Der ärztlich verordnete Versorgungsumfangs ist nicht zu kürzen.“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Freiwillige Beteiligung der An- und Zugehörigen unter bestimmten Voraussetzungen möglich</li> <li>- Vermeidung von Zwangslagen</li> <li>- Durchführung einer Sicherheitsbeurteilung und Vorliegen eines Notfallplans notwendig</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt siehe Zeile b)</p>	<p>siehe Zeile b)</p>
<p>r) Zustimmung mit Änderung:   <i>(unterstrichen): „... ermöglicht werden, soweit <u>die oder der Versicherte sowie die An- und Zugehörigen</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einvernehmliche Zustimmung notwendig</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt siehe Zeile b)</p>	<p>siehe Zeile b)</p>

<i><del>diese</del>–das wünschen und die fachgerechte Versorgung ...“]</i>			
--	--	--	--

(6) oder (7) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert den Leistungserbringer nach § 132I SGB V über neue pflegerelevante Befunde.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>a) Streichen</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p><i>Der Leistungserbringer nach § 132I SGB V informiert die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt über neue pflegerelevante Befunde</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Woher haben die Vertragsärztin/der Vertragsarzt neue pflegerelevante Befunde? Warum legen diese Ziele und Maßnahmen der Pflege fest (→ Aufgabe der Pflege)</li> <li>- Verweis auf Pflegeberufegesetz und die dort festgehaltenen Vorbehaltsaufgaben</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Der Leistungserbringer nach § 132I SGB V ist im Rahmen der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben für die umfassende und prozessorientierte Pflege der Versicherten verantwortlich. Um dieser Verantwortung gerecht zu werden ist es notwendig, dass die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt den Leistungserbringernach § 132I SGB V zeitnah über neue pflegerelevante Befunde informiert, damit dieser unmittelbar die Ziele und Maßnahmen der Pflege den neuen Bedarfskonstellationen anpassen kann.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>b) Ergänzung:</p> <p><i>Zusätzlich zu den Beatmungsparametern sollten therapierelevante Trenddaten aus der laufenden</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ablehnung seitens des Versicherten möglich</li> <li>- rein medizinische Kriterien als Grundlage können Selbstbestimmungsrecht einschränken</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Der Umfang der vertragsärztlichen Leistungserbringung im Kontext des Telemonitorings und der Telemedizin</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p><i>telemonitorischen Erfassung, falls vorhanden, ausgewertet werden.</i></p> <p><i>Aus Datenschutzgründen darf im persönlichen Budget eine Pflegedokumentation schriftlich abgelehnt werden</i></p>		<p>sind dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu entnehmen.</p> <p>Ob eine Pflegedokumentation bspw. vom Kostenträger als Leistungsnachweis im Rahmen des persönlichen Budgets angefordert wird, ist nicht Gegenstand der Richtlinie.</p>	
<p>c) Änderungsvorschlag:</p> <p><b>„(...) verordnende Vertragsarzt informiert <del>den Leistungserbringer nach § 132 SGB V</del> die oder den Versicherten über neue pflegerelevante Befunde, die der oder die Versicherte an den Leistungserbringer bzw. die Assistenzkräfte weiterleitet.“</b></p>	<p>- „Nicht über uns ohne uns!“</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Siehe Zeile a)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>d) Streichung „pflegerelevant“</p>		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Siehe Zeile a)</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Zustimmung mit Änderung:</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>Ergänzung (unterstrichen): (6) oder (7) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert <u>mit Zustimmung der oder des Versicherten</u> den Leistungserbringer nach § 132l SGB V über neue pflegerelevante Befunde.</p>		siehe Zeile a)	

KBV, PatV	DKG, GKV-SV
(7) <sup>1</sup> Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	(7) oder (8) <sup>1</sup> Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt

sind die Pflegedokumentation und bei beatmeten Versicherten zusätzlich die im Beatmungsgerät hinterlegten Beatmungsparameter und das Beatmungsprotokoll auszuwerten. <sup>2</sup>Die verordnende Vertragsärztin bzw. der verordnende Vertragsarzt vermerkt bei Bedarf Anordnungen in der Pflegedokumentation.

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Hinweis: Hausbesuche müssen protokolliert werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung in Kooperation mit Fachaufsicht+</li> <li>- Protokoll an Fallmanagement</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Hausbesuche sind entsprechend der üblichen ärztlichen und pflegerischen Verlaufsdokumentation in Patientenakte und Pflegedokumentation festzuhalten.</p>	Keine Änderung
b) Satz 2 streichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- -Grundlage jeder Delegationsleistung des Vertragsarztes ist ausschließlich VO</li> <li>- Soll Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V auf ärztliche Anweisung tätig sein, muss Arzt auf Grundlage von VO anordnen</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Um einen unkomplizierten und zügigen Informationsfluss in Richtung Leistungserbringer nach § 132I SGB V sicher zu stellen, werden bei einem Hausbesuch entsprechende Anordnungen direkt in der Pflegedokumentation vermerkt.</p>	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
<p>c) Absatz streichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ablehnung einer Verpflichtung von Hausbesuchen</li> <li>- Ohnehin hohe Anforderungen an verordnende Vertragsärztinnen und -ärzte (evtl. keine Kapazitäten für Zusatzaufwand)</li> <li>- G-BA soll Menschen mit dauerhaft AKI-Bedarf und Erkrankungen ohne mögl. Besserung separat definieren</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bei der Ausstellung einer Verordnung sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. Die konkrete Frequenz von weiteren Arztkontakten durch verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglichen Komplikationen</p> <p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p>	<p><i>Siehe Änderung in § 5 Absatz 4 (nach Stellungnahmeverfahren):</i></p> <p><i>„Wird bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
			<p><i>oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, muss die Erhebung abweichend von Absatz 3 Satz 1 mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden. Die Erhebung darf bei diesen Versicherten abweichend von Absatz 3 Satz 2 zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als sechs Monate sein. Sie umfasst die in § 5 beschriebenen Inhalte, setzt aber den Schwerpunkt auf Aspekte der Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung.“</i></p> <p>Siehe Änderung in § 7 Absatz 2 (nach Stimmnahmeverfahren):</p> <p><i>„Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten auf der Grundlage einer Potenzialerhebung nach § 5 keine Aussicht auf</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<i>nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung und ist eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich, können Folgeverordnungen für längstens bis zu 12 Monate ausgestellt werden.“</i>
<p>d) Änderung Satz 2: Die verordnende Vertragsärztin bzw. der verordnende Vertragsarzt vermerkt bei Bedarf Anordnungen in der Pflegedokumentation oder lässt dem Leistungserbringer nach § 132I SGB V die Anordnungen in schriftlicher Form zukommen.</p>	<p>- Widerspruch zur mögl. Videosprechstunde</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen Um einen unkomplizierten und zügigen Informationsfluss in Richtung Leistungserbringer nach § 132I SGB V sicher zu stellen, werden bei einem stattfindenden Hausbesuch vor Ort entsprechende Anordnungen direkt in der Pflegedokumentation vermerkt und die Verpflichtung zu einer nachgelagerten schriftlichen Korrespondenz vermieden.</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>e) Zusatz: Nach erfolgter initialer "Vor-Ort-Visite" soll die</p>		<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen Die konkrete Frequenz von weiteren Arztkontakten durch verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte</p>	<p>Keine Änderung</p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlusssentwurf
Zuhilfenahme von Telemedizin und Telemonitoring etc. möglich sein.		bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglichen Komplikationen. Die angewendete Methode dieser Arztkontakte wird hierfür nicht eingeschränkt.	
f) Satz 2 Zustimmung der oder des Versicherten ergänzen		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen Durch die Inanspruchnahme der Leistung hat die oder der Versicherte konkludent die erforderliche Einwilligung gegeben.	Keine Änderung
Position KBV, PatV			
g) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertrauen in Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, selbst einzuschätzen, in welchen Abständen Hausbesuch sinnvoll u. notwendig ist</li> <li>- Telemedizin sollte beachtet werden (entwickelt sich)</li> </ul>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen Siehe Zeile h)	
h) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulierung enthält keine Frequenz</li> </ul>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen Die konkrete Frequenz von weiteren Arztkontakten durch verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglichen Komplikationen	Keine Änderung

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
Position DKG, GKV-SV			
i) Zustimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulierung enthält „regelmäßig“ als Frequenz</li> <li>- Vulnerable Versichertengruppe: Persönlicher Kontakt zw. Verordnender Ärztin/Arzt und Versicherten im Rahmen von Hausbesuchen zwingend notwendig (→ aktuelle Behandlung bewerten und erforderliche Maßnahmen einleiten)</li> <li>- Höhere Verbindlichkeit, aufgeführte Maßnahmen sollen durch Vertragsärztin/Vertragsarzt persönlich durchgeführt werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Siehe Zeile h)</p>	
j) Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telemedizin darf nicht ausgeschlossen werden</li> </ul>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p> <p>Siehe Zeile e)</p>	

**B-5.1.11 Anhang Behandlungsplan**

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
Kein Behandlungsplan als Anhang zur Richtlinie	Behandlungsplan als Anhang zur Richtlinie

**Abschnitt 1: Allgemeine Angaben**

Leistungs- bzw. Kostenträger:

Versicherte oder Versicherter:

An- und Zugehörige:

Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter:

Entlassende Klinik:

Nächste geplante persönliche Untersuchung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt.

Nächste geplante persönliche Untersuchung in einer auf Beatmungsentwöhnung spezialisierten stationären Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierten stationären Einrichtung gemäß § 3 Absatz 6 der AKI-RL:

Ort der Leistungserbringung:

Pflegerischer Leistungserbringer:

- Pflegedienst mit einem Vertrag nach § 132i SGB V
- Vollstationäre Pflegeeinrichtung
- Wohngruppe
- Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Behindertenhilfe

Mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Einrichtungen sowie Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Heilmitteltherapie:

Maßnahmen der Heilmitteltherapie:

- Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie

### **Abschnitt 2: Fähigkeiten und Hilfsmittel bzw. Einstellungen**

Anfallsleiden:

- Art und Häufigkeit

Bewusstseinslage:

Kommunikation:

Funktionsbeeinträchtigung obere Extremität:

Funktionsbeeinträchtigung untere Extremität:

Mobilität:

Beatmungsgerät und -einstellungen:

Maskentyp NIV:

Sauerstoffinsufflation und -therapiegerät:

Inhalationsgerät:

Absauggerät:

Hustenassistent:

### **Abschnitt 3: Therapieziel, Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege**

Therapieziel (Benennung des Therapieziels, z.B. erfolgreiches Weaning), Beschreibung der Maßnahmen zur Erreichung des Therapieziels, dabei sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen zu berücksichtigen (z.B. Einbindung von Therapeutinnen und Therapeuten und An- und Zugehörigen, Fortführung

des Schlucktrainings durch alle Beteiligte), Bestimmung des Zeitraums bis zur Erreichung des Therapieziels bzw. Zeitpunkt der Kontrolle zur Erreichung des Therapieziels:

Unterstützende Pflege durch An- und Zugehörige:

Konkretisierende Hinweise zu den erforderlichen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege:

Konkretisierende Hinweise zu den weiteren Maßnahmen der Behandlungspflege:

Konkretisierende Hinweise zur Ernährung:

Konkretisierende Hinweise zur Weaning- oder Dekanülierungsstrategie gemäß § 2 Absatz 3

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
a) Zustimmung zur Anlage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hier konkret zu werden und eine nachvollziehbare, transparente Struktur zu schaffen ist sehr wichtig, damit eine Vereinheitlichung und Transparenz geschaffen wird.</li> <li>- Der G-BA muss den Behandlungsplan festlegen, da sonst zwei Verträge mit unterschiedlichen Konfliktlösungsmechanismen existieren (Bundesmantelvertrag-Ärzte und Rahmenvertrag Entlassmanagement) und es ungeklärt bleibt, was letztendlich Gültigkeit besitzt.</li> <li>- Die einheitliche Struktur kommt dem Patienten v.a. im Falle eines Notfalles zugute. Durch das Vorhalten der Informationen werden sich weitere an der Versorgung Beteiligte schneller einen Überblick verschaffen können, was u.a. im Notfallgeschehen von</li> </ul>	Siehe Zeile b).	Siehe Zeile b).

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<p>Bedeutung sein kann. Um im besonderen Fall mehr Anpassungsmöglichkeiten zu haben, könnte man dies umbenennen in „Rahmenbehandlungsplan“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch Aufnahme des Behandlungsplans in die Richtlinie wird eine einheitliche Umsetzung des Behandlungsplan sichergestellt.</li> <li>- Dieses unterstützt einen einheitlichen Qualitätsstandard, reduziert Missverständnisse, die bei unterschiedlichen Behandlungsplänen auftreten könnten, und stellt sicher, dass alle erforderlichen Punkte bei jeder Erstellung / Aktualisierung des Behandlungsplanes geprüft und beurteilt werden.</li> <li>- Prinzipiell macht es Sinn, Inhalte des Behandlungsplanes verpflichtend zu definieren.</li> </ul>		
<p>b) Ablehnung zur Anlage</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die vom GKV im Anhang „Behandlungsplan“ beschriebenen Inhalte leisten keinen Beitrag zur vom GKV-SV in den tragenden Gründen geforderten Spezifizierung. Der Anhang „Behandlungsplan“ ist somit entbehrlich.</li> <li>- Wie oben unter § 5 bereits erörtert, sind die Anforderungen an die Verordnung ausreichend detailliert und umfangreich. Auf die Ausführung zu § 5 Absatz 1 wird verwiesen.</li> </ul>	<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt.</p> <p>Die Inhalte des Behandlungsplans werden nunmehr abstrakt geregelt. Die weitere Ausgestaltung erfolgt durch die Partner des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä). Dieser enthält als Anlage zum BMV-Ä die „Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“. Auch für die</p>	<p><b>Änderung:</b></p> <p>Der Anhang zur Richtlinie wird gestrichen und in § 6 (ehemals § 5) Absatz 5 Satz 1 wie folgt gefasst:</p> <p><i>„Bestandteil der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist der von</i></p>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Behandlungsplan ist je nach individuellem Bedarf durch medizinische Rehabilitations- und Teilhabemaßnahmen zu prüfen und ggf. zu ergänzen. Die rechtlichen Ansprüche ergeben sich aus SGB V und SGB IX bzw. BTHG!</li> <li>- Der Anhang Behandlungsplan muss entfallen, denn welche Klinik soll das koordinieren! In der AIP ist es nicht möglich, so weit vor auszuplanen. Ungeklärt ist, was geschieht, wenn der Folgetermin für eine persönliche Untersuchung in einer auf Beatmungsentwöhnung spezialisierten Einrichtung abgesagt werden muss oder wenn die Verordnung abgelehnt wird.</li> <li>- Der Behandlungsplan kann nicht Bestandteil der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer intensivpflege sein. Grundsätzlich fehlt es dem G-BA diesbezüglich an der Regelungsbefugnis.</li> <li>- Ein Behandlungsplan ändert sich regelmäßig, er sollte nicht Bestandteil der Richtlinie sein.</li> </ul>	<p>Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements gelten gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Da eine Verordnung von außerklinischer Intensivpflege auch und häufig erstmalig im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt, ist zusätzlich zu den Partnern des BMV-Ä die Einbindung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Ausgestaltung des Behandlungsplans zu empfehlen, da die Krankenhäuser in der Ausübung des Ordnungsrechts im Kontext der außerklinischen Intensivpflege in besonderem Maße von den Regelungen zum Behandlungsplan betroffen sind.</p>	<p><i>der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, gegebenenfalls unter Mitwirkung der potenzialerhebenden Ärztin oder dem potenzialerhebenden Arzt erstellte Behandlungsplan, der insbesondere konkretisierende Angaben</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>zu den erforderlichen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege,</i></li> <li>2. <i>zur Atmung,</i></li> <li>3. <i>Dysphagie und Husteninsuffizienz,</i></li> <li>4. <i>zu Heil- und Hilfsmitteln,</i></li> <li>5. <i>zu Fähigkeiten/Funktionseinschränkungen zur Kommunikation,</i></li> <li>6. <i>Mobilität, Bewusstsein, Beweglichkeit der oberen und unteren</i></li> </ol>

Hinweise	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p><i>Extremitäten, sowie gegebenenfalls Hinweise zum Maskentyp,</i></p> <p><i>7. zum Anfallsleiden und</i></p> <p><i>8. zur Weaning- beziehungsweise Dekanülierungsstrategie</i></p> <p><i>umfassen soll.“</i></p>

<p>c) Änderungen am Behandlungsplan</p> <p>Einige der im beigelegten Behandlungsplan vorgesehene Inhalte wirken fraglich hilfreich auf die Dauer. Hierzu gehören:</p> <p><u>Entlassende Klinik:</u></p> <p>Diese Information ist spätestens ab der zweiten Überarbeitung des Behandlungsplanes in der AIP nicht mehr hilfreich und üblicher Weise in der Pflegedokumentation im Rahmen der Aufnahme hinterlegt. Wenn dieser Punkt allerdings gesetzlich fixiert vorgegeben ist muss dieser Punkt auch ggf. 10 Jahre oder länger im Behandlungsplan mitgezogen werden. Hieraus ergibt sich kein Mehrwert.</p> <p><u>Nächste geplante Untersuchung durch den... Vertragsarzt...:</u></p> <p>Auch dies steht üblicher Weise in der Terminplanung. Falls dies allerdings nicht in der Termin-</p>		<p>Die Stellungnahme(n) wird/werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Zeile b).</p>	<p>Siehe Zeile b).</p>
---	--	---	------------------------

<p>planung oder Pflegedokumentation hinterlegt ist macht es viel Sinn, diese Information auf dem Behandlungsplan unterzubringen.</p> <p>Die <u>Inhalte von Abschnitt 2</u> sollten Inhalt der Pflegedokumentation sowie des Überleitbogens der Pflegedienste sein. Für die Vorbereitung der interdisziplinären Teamsitzungen sind diese Informationen hilfreich, weil sich alle Anwesenden nochmals alle relevanten Informationen vor Augen führen können.</p> <p>Es stellt sich hier die Frage, was das Ziel des Behandlungsplanes ist. Soll der Plan Teile der Dokumentation ersetzen? Den Teilnehmern der interdisziplinären Teamsitzungen einen schnellen Überblick über die relevanten Sachverhalte verschaffen? Den Behandlungsfortschritt dokumentieren? (das geht besser über die bereits laufend aktualisierte Pflegedokumentation).</p>			
---	--	--	--

<p>Die <u>Inhalte von Abschnitt 3</u>:</p> <p>Therapieziel, Inhalt und Umfang der AIP sind absolut wichtige Inhalte des Behandlungsplanes. Hier sollten auch konkretisierende Maßnahmen der Ergotherapeuten, Logopäden sowie Physiotherapeuten und ggf. Psychologen vorgesehen werden. Diese fehlen auf dem aktuellen Entwurf.</p>			
--	--	--	--

**B-5.1.12 „Sonstiges“**

Die Stellungnahmen zu „Sonstiges“ wurden zur Kenntnis genommen und gewürdigt. Zusammenfassend ergeben sich aus der Würdigung der Stellungnahmen zu „Sonstiges“ keine weiteren Änderungen am Beschlussentwurf.

**B-6 Mündliche Stellungnahmen**

**B-6.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten**

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme fristgerecht abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 9. September 2021 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 9. September 2021 aufgeführt und deren potenzielle Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
INTENSIVkinder zuhause e.V.	Henriette Cartolano Vorstandsmitglied	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Amelie Cartolano Mitglied	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.	Corinne Ruser Geschäftsführung	ja	nein	nein	nein	ja	nein
Liga Selbstvertretung	Dr. Sigrid Amade Sprecherin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm), Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP), Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.; Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e.V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.	Beate Bettenhausen Vorstandsmitglied im LV Bayern des bvkm	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Lilian Krohn-Aicher Referentin Recht	nein	nein	nein	nein	nein	nein
NETZWERK ARTIKEL 3 e.V	Uwe Frevert Mitglied	nein	nein	nein	nein	nein	nein
KBB Konferenz der Beauftragten von Bund	Rika Esser Landesbeauftragte MmB, Hessen	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
und Ländern für Menschen mit Behinderungen für Integration, Arbeit und Soziales, LfB	Dr. Friederike Hoepner-Stamos Referentin des Bundesbeauftragten	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.	Joachim Spross Bundesgeschäftsführer	nein	nein	ja	nein	ja	nein
SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V.	Roswitha Stille Bundesvorsitzende	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Sebastian Lemme Beisitzer	ja	nein	nein	nein	nein	ja
ALS-mobil e. V.	Dagmar Schnürer Rechtsanwältin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Anja Clement Vorstand ALS-mobil e. V.	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband Schädel-Hirmpatienten in Not e.V.	Armin Nentwig Bundesvorsitzender SHP in Not e. V.	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Claudia Engfer stv. Vorsitzende SHP in Not e. V.	nein	nein	nein	nein	nein	nein
fdst Ambulanter Dienst der Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin	Dr. Sebastian Weinert Referent für Öffentlichkeitsarbeit	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Philipp Gutschmidt Atmungstherapeut, stellv. Fachbereichsleitung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	Dr. Oliver Stegemann Justiziar	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Katharina Tenkhoff Justiziarin	ja	nein	nein	nein	nein	nein
LfK - Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V.	Christoph Treiß Geschäftsführer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
BAG Phase F e.V.	Dr. Veronika Nelissen stv. Vorsitzender der BAG Phase F	ja	nein	nein	nein	nein	nein
LAG Phase F Niedersachsen	Dirk Wortelen Vorsitzender LAG Phase F Niedersachsen	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Esther Ellen-Krien	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
	Vorstandsmitglied LAG Phase F Niedersachsen						
PflegeZukunfts-Initiative e.V.	Antje Kassin Mitglied, Pflegedirektorin	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Alexianer Münster GmbH	Ralf Krämer Einrichtungsleitung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Thomas Olschewski Einrichtungsleitung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Diakonie Deutschland– Evangelisches Werk für Diakonie und Entwick- lung	Erika Stempfle Referentin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
IPV – Intensivpflegever- band Deutschland e.V.	Thomas van der Most Vorstand	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	RA Anja Hoffmann Rechtsberatung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband Ambu- lante Dienste und Statio- näre Einrichtungen (bad) e.V.	Michael Greiner Referent	ja	nein	nein	nein	nein	nein
ABVP Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.	Dr. Christian Schieder GF ABVP e. V.	ja	ja	nein	nein	nein	nein
	Sven Liebscher Vertreter des IPV für die ABVP	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Fachpflege Gruppe & Bonitas Hol- ding	Alexander Huhn Rechtsanwalt	nein	ja	ja	nein	nein	nein
	Christoph Jaschke Leiter Innovation und Öff- fentlichkeitsarbeit	ja	nein	nein	ja	nein	ja
IPT – Intensivpflegeteam GmbH	Dipl. Psych. Gabriele Schuster Geschäftsführung	nein	nein	ja	nein	nein	ja
Deutscher Berufsver- band für Pflegeberufe - Bundesverband e.V. (DBfK)	Maria Dettmann Referentin	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Sven Liebscher Fachexperte	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Caritasver- band e.V.	Dr. Elisabeth Fix Referentin	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR)	Dr. Anna Gorsler Mitglied Präsidium DGNR	ja	nein	nein	nein	nein	nein
DGSMP Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V.	Prof. Dr. rer. medic. Astrid Herold-Majumdar Leiterin der AG Pflege der DGSMP	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. DGP	Severin Pietsch M.A. Sektion Pflege des kritisch kranken Menschen	ja	nein	ja	nein	nein	nein
	Prof. Dr. Annegret Horbach DGP Vorstand	nein	nein	nein	nein	nein	nein
DIGAB e.V.	Frank Gerhard Sektionssprecher "Pflege"	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Jörg Brambring Mitglied des GF-Vorstands	ja	nein	nein	nein	nein	nein
DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.	Prof. Dr. med. Winfried Randerath Generalsekretär der DGP	nein	ja	ja	ja	nein	nein
	Dr. med. Jens Geiseler Sprecher der AG Wean-Net der DGP	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.	Prof. Dr. med. Thomas Deitmer Generalsekretär	ja	ja	ja	nein	nein	nein
DMGP Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Sven Hirschfeld Leitung Beatmung und MdK Management BGK Hamburg	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	Andreas Müller Vorstand DGP	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Wiebke Nehls Vorstand DGP	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Medizinischer Dienst (MD) Bayern	Christiane Lehmacher-Dubberke Leiterin Grundsatzfragen Pflege	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Dr. Peter Demmel	ja	ja	nein	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
	Ärztlicher Gutachter						
AOK Bayern	Judith Petrich Fachbereichsleitung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
AOK Niedersachsen	Heiko Rode Geschäftsbereichsleitung Pflugeservice	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Maik Grieger Geschäftsbereichsleiter Zentrales Fallmanage- ment	ja	nein	nein	nein	nein	ja
AOK Hessen	Robert Ringer Leiter HA Pflege und Me- dizinprodukte	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Dagmar Giese Abteilungsleitung HKP	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Kliniken des Main- Taunus-Kreises GmbH (MTK Kliniken)	Jörg Blau Verantwortlicher Arzt Therapiezentrum AKBe- atmung	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Thoraxklinik Heidelberg gGmbH	Prof. Felix Herth Arzt	nein	ja	ja	nein	nein	nein
	Peter Albert Netzwerkkoordination	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Spitzenverband Fach- ärzte Deutschlands e.V.	Uta Ziehn Vorstand BdP e.V. für den SpiFa e. V.	ja	ja	ja	nein	ja	nein
Bundesverband Neu- roRehabilitation e.V.	Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch Vorsitzender	ja	nein	ja	nein	nein	ja
Spitzenverband der Heil- mittelverbände (SHV) e.V.	Stefanie Fimm Gesamtleitung der Zent- ralen Einrichtung für Phy- siotherapie und Physika- lische Therapie	ja	nein	nein	nein	nein	nein
AKI - Arbeitskreis Außer- klinische Intensivpflege Ruhr/Münster/OWL	Frauke Sticht Projektleitung Gutbeach- ten GmbH	ja	ja	ja	nein	nein	nein
	Dr. med. Lars Heining Chefarzt Lungenklinik Ruhrgebiet Nord, KKR	ja	nein	nein	nein	ja	nein
DVSG Deutsche Vereini- gung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Johannes Petereit Vorstandsmitglied DVSG	ja	ja	ja	nein	ja	nein
	Cindy Stoklossa Vorstandsmitglied DVSG	ja	ja	ja	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
complex care solutions GmbH	Martin Porwoll Geschäftsführer	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Andreas Herzig Leiter Intensivfachpflege- beratung	ja	ja	nein	nein	nein	nein
DVfR Deutsche Vereini- gung für Rehabilitation	Dr. Matthias Schmidt- Ohlemann Vorsitzender DVfR	nein	nein	nein	ja	ja	nein
KNAIB e. V. Fachgesell- schaft für außerklinische Intensivpflege	Kira Nordmann Vorstand	ja	nein	nein	nein	ja	nein
GKV-IPREG ThinkTank	Dr. med. Abdel Ha- kim Bayarassou Facharzt (Pneumologie) Sprecher	nein	nein	ja	nein	nein	nein
	Maria-Cristina Hallwachs Betroffene Stellvertretende Spre- cherin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
EVK Oldenburg	Dr. med. Martin Groß Chefarzt	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Deutscher Bundesver- band für Logopädie e.V. (dbl)	Silke Winkler Schatzmeisterin, ge- schäftsführender BV	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Britta Berbrich Juristin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesarbeitsgemein- schaft Spezialisierte Am- bulante Palliativversor- gung e.V. (BAG-SAPV)	Michaela Hach Vorsitzende	nein	nein	nein	nein	nein	nein

### Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

### Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

**Frage 4: Drittmittel**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

**Frage 5: Sonstige Unterstützung**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

**Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

## B-6.2 Wortprotokoll der Anhörung vom 9. September 2021

Vorsitzende: Frau Dr. Lelgemann

Ort: Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses  
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Beginn der Anhörung: 10:57 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich möchte Sie ganz herzlich im Namen des Unterausschusses Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu unserer Anhörung zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege begrüßen.

Ich bitte alle, die nicht sprechen, ihr Mikrofon auszustellen, sonst haben wir solche Rückkopplungseffekte, dass es uns nicht möglich sein wird, diese Anhörung durchzuführen.

Gestatten Sie mir noch die erforderlichen formalen Vorbemerkungen: Wir erzeugen von dieser Anhörung eine Aufzeichnung, um im Nachgang ein Wortprotokoll erstellen zu können. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind.

Gleichermaßen mache ich darauf aufmerksam, dass auch, wenn es sich hier um einen großen Kreis von Teilnehmenden handelt, es sich nicht um eine komplett öffentliche Anhörung handelt. Das heißt, das ist ein vertraulicher Prozess. Ich mache darauf aufmerksam, weil bei diesem Beratungsverfahren schon sehr früh erste Entwürfe an die Öffentlichkeit kommuniziert worden sind. Auch dieser Schritt des Verfahrens – und ich bitte Sie darum, das zu beachten – unterliegt der Vertraulichkeit.

Weiter möchte ich mich ganz herzlich bei denjenigen bedanken, die eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben haben. Wir haben insgesamt 77 Stellungnahmen erhalten. Einige von Ihnen waren so freundlich, uns gebündelte Stellungnahmen zu schicken; das erleichtert unser Leben bezüglich der Auswertung der Stellungnahmen sehr.

An dieser Stelle auch meine Bemerkung dazu: Wir, inklusive meiner Person, haben alle Stellungnahmen gelesen und sind dabei, diese Stellungnahmen zu würdigen. Insofern gilt für diese Anhörung, was für alle Anhörungen hier im Gemeinsamen Bundesausschuss gilt: Es geht nicht darum, dass Sie jetzt noch einmal mündlich den Inhalt Ihrer schriftlichen Stellungnahme wiedergeben. Wir haben Ihre Stellungnahmen gelesen. Es dient vor allen Dingen auch dazu, dass die Mitglieder des Unterausschusses Veranlasste Leistungen gezielte Fragen stellen können, die sich aus Ihren Stellungnahmen ergeben haben.

Ein weiterer Hinweis: Wir nehmen keine quantitative Auswertung der Stellungnahmen vor. Das heißt, wir zählen nicht, wieviel Argumente von wie vielen Organisationen gebracht worden sind. Hier geht es um die inhaltliche Auseinandersetzung mit Ihren Argumenten. Es zählt also für uns nicht mehr, wenn von allen von Ihnen wiederholt wird, was möglicherweise von vorherigen Stellungnehmern schon geäußert wurde.

Natürlich wissen wir, wie umstritten dieser gesamte Gesetzgebungsprozess und damit jetzt auch unserer Richtlinie insgesamt ist. Die Aufgabe des G-BAs ist die der untergesetzlichen Normgebung. Das heißt, für uns ist das Gesetz das, was wir jetzt in Richtlinien umsetzen müssen. Wir können uns also in der Anhörung hier nicht damit auseinandersetzen, was aus Ihrer Sicht möglicherweise Unzulänglichkeiten oder vielleicht auch einfach unpräzise Formulierungen im Gesetzestext sind.

Ich mache in diesem Zusammenhang auch darauf aufmerksam, dass wir auch die uns zugesandten Rechtsgutachten und auch die Verweise auf Rechtsgutachten sehr aufmerksam zur

Kenntnis genommen, sie also gelesen haben, natürlich auch mit Unterstützung unserer Rechtsabteilung, die uns dabei insbesondere bei den Rechtsgutachten unentbehrlich ist.

Das waren meine Vorbemerkungen. Wir haben uns aufgrund der Fülle der Teilnehmer entschlossen, diese Anhörung inhaltlich ein bisschen zu gliedern. Das heißt, wir möchten gern beginnen mit dem Themenkomplex Leistungsberechtigter Personenkreis, vor allen Dingen in § 3 abgebildet. Hierzu gibt es Fragen seitens der Teilnehmer des Unterausschusses Veranlasste Leistungen, sodass ich vorschlage, dass wir zunächst mit diesen Fragen beginnen. So zieht sich das dann durch.

Wir haben dann zu § 4 das Thema: Qualifikation der der Ärztinnen und Ärzte. Wir haben zu § 6 das Thema: Dauer der Verordnung. Wir werden aufrufen das Thema: Rückzugspflege. Wir werden aufrufen das Thema: Sonstige geeignete Orte, also der Ort der Leistungserbringung, und dann das Thema: Verantwortlichkeiten im Netzwerk, Koordination, und ich schlage vor, dass wir auch den Punkt Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen aufgreifen.

Ich bitte also darum, dass wir zunächst die Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses zulassen. Im Anschluss an diese Fragen besteht für alle, die noch eine grundsätzliche Stellungnahme abgeben wollen respektive noch Ergänzungsbedarf haben, der im Rahmen der Anhörung nicht ausreichend berücksichtigt worden ist, die Möglichkeit, sich zu äußern. Daher meine Frage: Gibt es drängende Wortmeldungen zum jetzigen Zeitpunkt, bevor wir an die Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses weitergeben?

Ich habe hier mehrere Wortmeldungen. Als erste Frau Clement. Haben Sie jetzt dringenden Bedarf für ein Statement, oder können wir mit den Fragen beginnen?

**Frau Clement (ALS-mobil):** Wir können mit den Fragen beginnen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank dafür.

Dann habe ich eine Wortmeldung von ALS-mobil. Frau Schnürer?

**Frau Schnürer (ALS-mobil):** Das können wir auf später verschieben, also während der Frageunde.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut. Vielen Dank dafür. – Dann gibt es eine Wortmeldung von Frau Fix. Drängt es so, dass Sie das jetzt loswerden wollen, oder können wir mit den Fragen beginnen?

**Frau Dr. Fix (Caritas):** Dito! Wir können mit den Fragen beginnen. Sie haben schon alle wesentlichen Themen, die ich kurz zusammenfassen wollte, genannt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Sie sehen: Wir sind ganz drin in unserer Richtlinie. Ich kann auch sagen: Die Arbeitsgruppe tagt zurzeit im Prinzip rund um die Uhr.

Dann habe ich eine Wortmeldung von Herrn Frevert. Auch hier bräuchte ich das Einverständnis, dass wir mit den Fragen beginnen können.

**Herr Frevert (NETZWERK Artikel 3):** Unser Standpunkt wäre vielleicht noch mal etwas Grundsätzliches. Bevor wir in die Klein-klein-Fragen hineingehen, würde ich ganz gern etwas Grundsätzliches sagen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, die Sache ist: Diesen Teil haben wir eigentlich vorgesehen, nachdem wir die Fragen geklärt haben. Ich fürchte, dass wir sonst nicht zu unseren Fragen kommen und uns zu sehr am Grundsätzlichen aufhalten. Wie gesagt: Wir haben alle Ihre Stellungnahmen gelesen.

**Herr Frevert (NETZWERK Artikel 3):** Na eben deswegen! In den Stellungnahmen sind ja schon die meisten Fragen beantwortet worden und ist auch eine Richtung vorgegeben, wobei ich schon denke, wir

sollten hier grundsätzlich etwas vorwegnehmen. Ich sage es jetzt einfach noch einmal, um es ganz klar zu machen:

Wir haben ja das Problem schon seit Juli 2019 im Reha-Intensiv-Stärkungsgesetz, und an dem IPReG, dem Intensivpflegegesetz, und jetzt auch in der AKI-Richtlinie sehen wir das: Was wir vermissen, ist grundsätzlich der menschenrechtliche Aspekt, der hier eigentlich durchgehend fehlt. Wenn wir jetzt hier die Fragen beantworten, bitte ich einfach alle Teilnehmer, auch diesen Aspekt deutlicher ins Gesichtsfeld zu nehmen und zu betrachten, was wir eben vermissen: den menschenrechtlichen Aspekt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ganz herzlichen Dank dafür.

*(es erfolgt eine Klärung einer technischen Frage)*

Dann könnten wir beginnen, und ich rufe als Erstes das Thema „Leistungsberechtigter Personenkreis“ auf und würde die Möglichkeit für Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses eröffnen. Wer möchte beginnen? – Ich habe eine Wortmeldung vom GKV-SV. Bitte!

**GKV-SV:** Es geht um den anspruchsberechtigten Personenkreis. Hier kann man ja den Gesetzesmaterialien entnehmen, dass der heutige anspruchsberechtigte Personenkreis im Wesentlichen beibehalten werden soll. In dem Zusammenhang habe ich eine Frage an den MD Bayern:

Den schriftlichen Stellungnahmen konnte man ja entnehmen, dass bezüglich der Formulierung der GKV, die sich an die bisherige Ziffer 24 der HKP-Richtlinie anlehnt, problematisiert wurde, dass der Personenkreis im Vergleich zum Status quo eingeschränkt werden könnte.

Der MD Bayern hat in seiner schriftlichen Stellungnahme hingegen die Anspruchsformulierungen von DKG und PatV kritisiert: die einer Leistungsausweitung auf der Grundlage der Erfahrungen des MDs, was der täglichen Begutachtungspraxis entsprechen würde. Meine Bitte an den MD Bayern ist, noch einmal darzustellen, worin Sie da die Leistungsausweitung im Vergleich zum Status quo sähen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Dann rufen wir den Medizinischen Dienst Bayern auf. Bitte.

**Herr Dr. Demmel (MD Bayern):** Wir haben unter der derzeit gültigen Richtliniendefinition einen Personenkreis von bundesweit ca. 30 000 Personen, die diese Vorgaben der Definition Spezielle Krankenbeobachtung erfüllen und die außerklinische Intensivpflege erhalten.

Wenn man eine Definition wählen würde, die beinhaltet: „Wenn lebensgefährdende Veränderungen mit Notwendigkeit zur Intervention eintreten können“, würde das im Hinblick auf die Können-Formulierung und unter Berücksichtigung der hohen Prävalenzen von Erkrankungen mit lebensbedrohlichen Störungen, aus gutachterlicher Sicht zu einer starken Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises um einen mindestens zweistelligen Faktor führen. Das wären Personen mit schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, mit schweren neurologischen Erkrankungen, mit schweren Stoffwechselerkrankungen, und es würde sich nach unserer Einschätzung ein Personenkreis in einer Größenordnung von mehreren Hunderttausend ergeben.

Wir sehen die außerklinische Intensivpflege nicht nur als eine aufwendige Behandlungspflege an, sondern es geht um Personen, die eine vitale Bedrohung bei einer schweren Störung vitaler Funktionen haben, die eine pflegerische Interventionsbereitschaft benötigen und die konkrete behandlungspflegerische Interventionen bei lebensbedrohlichen Zuständen in einer festgelegten Mindesthäufigkeit benötigen.

Wir empfehlen in Anlehnung an die bisherige Definition der speziellen Krankenbeobachtung, hier eine Präzisierung vorzunehmen. Bisher heißt es: Interventionen erfolgen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich. – Dies sollte präzisiert werden, um hier Missverständnisse und unterschiedliche Interpretationen zu vermeiden.

Wir empfehlen die Formulierung: „Lebensbedrohliche Interventionen müssen auftreten: täglich oder mehrfach wöchentlich.“

Oder wenn man die Formulierung „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ beibehält, dass man diese hohe Wahrscheinlichkeit quantifiziert und klar formuliert „mit einer hohen Wahrscheinlichkeit: mindestens 50 Prozent“. Das heißt, eine sofortige Intervention wäre an jedem zweiten Tag erforderlich.

Unter dieser Definition wäre zu erwarten, dass der Personenkreis in seinem jetzigen Umfang im Wesentlichen beibehalten wird.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Demmel. – Ich würde jetzt gern an die Patientenvertretung weitergeben, die ebenfalls eine Frage zum Themenkomplex „Leistungsberechtigter Personenkreis“ hat.

**PatV:** Herr Demmel, Sie haben sich gerade sehr deutlich für die Definition des leistungsberechtigten Personenkreises des GKV-Spitzenverbandes und der KBV ausgesprochen.

In den Stellungnahmen, die wir von anderen Seiten gelesen haben, ist aber auch deutlich geworden, dass durch die zusätzlichen Kriterien, die hier von dieser Seite – von diesen Bänken – eingeführt werden soll, nämlich insbesondere die zusätzlichen Kriterien „wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen“, hier Stellungnehmer befürchten, dass die Definition des leistungsberechtigten Personenkreises sehr eingeschränkt würde.

Es würde durch diese zusätzlichen Kriterien zu einer Verengung des Personenkreises kommen, und es steht zu befürchten, dass Versicherte, die bislang Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung nach der Ziffer 24 der HKP-Richtlinie haben, die ja im Zuge dieses Verfahrens gestrichen werden soll, durchs Raster fallen würden und künftig keinen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben könnten. Zu diesem Punkt möchten wir gern Herrn Dr. Schmidt-Ohlemann von der DVfR um eine nähere Erläuterung bitten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Herr Schmidt-Ohlemann, Sie sind direkt angesprochen.

Herr Dr. Schmidt-Ohlemann (DVfR): Ja, das mache ich gerne. Aus unserer Sicht besteht diese Gefahr der Einengung des Personenkreises tatsächlich, und das betrifft insbesondere Patienten mit speziellen schweren Formen der Epilepsie, aber es gibt auch einige andere Problemkonstellationen.

Wir haben halt hier, wie häufig im sozialen Leistungsrecht, das Problem, dass durch die Änderung von Formulierungen, die auf den ersten Blick den gleichen Personenkreis meinen oder nur eine Präzisierung darstellen sollen, doch eine Änderung des Personenkreises bewirkt wird.

Durch die Ergänzung von GKV und KBV in Satz 1 kommt es zu einer Änderung gegenüber der Nr. 24 der HKP-Richtlinie, denn dort wird bisher nur auf das Vorliegen von lebensbedrohlichen Situationen abgehoben. Also nur darauf kommt es an.

Die Vitalfunktionen, die jetzt in die Formulierung aufgenommen werden, werden hier lediglich als zu dokumentieren angegeben, und zwar werden da genannt: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut. Diese sind aber nicht, und das ist uns ganz wichtig, Bestandteil der Beschreibung der Verordnungsfähigkeit.

Durch die neue Formulierung, wo es heißt, dass die Verordnung nur zulässig sei, wenn wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen die ständige Anwesenheit zur individuellen usw. – muss ich jetzt nicht wiederholen –, wird eine Eingrenzung auf die Fälle vorgenommen, bei denen die lebensbedrohlichen Störungen von Vitalfunktionen als Bedingung zusätzlich zu lebensbedrohlichen Situationen vorliegen müssen.

Damit sind zum Beispiel Menschen mit speziellen Formen der Epilepsie, die eine sofortige Intervention verlangen, nicht erfasst. Bei einem schweren epileptischen Anfall oder einem Status epilepticus ist es nicht so, dass die Vitalfunktionen wie Herz-Kreislauf oder Atmung unmittelbar schon beeinträchtigt sind, sondern wenn die beeinträchtigt werden, also man hier ein Herz-Kreislauf-Versagen feststellt, dann ist es schon zu spät. Die Intervention muss schon vorher erfolgen.

Es ist auch die Frage, was unter Vitalfunktionen überhaupt verstanden werden soll. Üblicherweise sind das ja Herz-Kreislauf-Versagen und Atmungsversagen oder -beeinträchtigung, und das legt ja die Definition der Dokumentation von Vitalfunktionen aus der HKP-Richtlinie nahe. Dort fehlt allerdings zum Beispiel die Atmung.

Aber – ganz wesentlich – es fehlen dort auch die Bewusstseinsstörungen oder auch zum Beispiel spezielle Anzeichen eines massiven epileptischen Anfalls oder eines Status epilepticus.

Es ist deswegen wichtig, darauf hinzuweisen, weil es Schwerstmehrfachbehinderte gibt, bei denen auch die Erkennung schon eines solchen Status epilepticus schwierig ist und zum Beispiel die Beobachtung von Augenbewegungen oder auch von Pupillenreaktionen erfordert.

Außerdem wird in der jetzt vorgelegten Formulierung davon ausgegangen, dass diese Störungen der Vitalfunktion vorliegen müssen. Die Interventionen sollen aber die Gefährdung bei jedweden lebensbedrohlichen Zuständen angehen. Das heißt, sie sollen im Grunde die Störung von Vitalfunktionen verhindern.

Insofern kann man zum Beispiel sagen, auch beim Status epilepticus, der kann überlebt werden; trotzdem muss interveniert werden, weil ein solcher Status auch ohne, dass er gleich zum Tode führt, massive Folgewirkungen hat und man am Anfang nie sicher sagen kann, ob der Mensch dann nicht doch noch sterben wird.

Von daher ist also eine Verengung auf die Beeinträchtigung von Vitalfunktionen in der jetzigen Formulierung eine Einengung.

Wenn man jetzt auf die Vitalfunktionen im Sinne einer Konkretisierung hinweist, müsste das anders formuliert werden. Es muss zumindest klar sein, dass entscheidend die lebensbedrohliche Situation ist und die Störung von Vitalfunktionen vielleicht ein Beispiel ist oder insbesondere auftritt oder Ähnliches.

Die Kritik aus dem Kreis der DVfR rührt außerdem daher: Es ist damit eine Fülle ungeklärter Rechtsfragen verbunden. Welche Vitalfunktionen sind gemeint? Es gibt Vitalfunktionen zweiter Ordnung. Müssen diese Störungen bereits vorliegen? In welchem Ausmaß sind Maßnahmen dann zulässig, wenn die pflegerischen Interventionen genau das verhindern sollen? - Das war es zu diesem Thema.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für die umfassende Darstellung. Ich mache noch einmal darauf aufmerksam, dass wir auch die Stellungnahmen gelesen haben. Ich denke, das war eine sehr umfassende Darstellung.

Dann würde ich jetzt zunächst weitergeben an Frau Arnade. Sie vertritt die LIGA-Selbstvertretung. Und als Nächster wäre Herr Geiseler für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin an der Reihe.

Bitte sehr, Frau Arnade, Sie haben das Wort.

**Frau Dr. Arnade (LIGA):** Ja, danke schön. Doktor Arnade bitte! Bei den anderen wird der Doktor auch mitgenannt.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Entschuldigung! Ich entschuldige mich dafür.

**Frau Dr. Arnade (LIGA):** Gut. – In meinen Ohren klangen die Ausführungen von Herrn Demmel fast zynisch. Worum geht es? Geht es darum, irgendeine Zahl von Betroffenen konstant zu halten, oder geht es darum, Kranke, Menschen, die mit lebensbedrohlichen Erkrankungen leben, ein Leben in Würde zu ermöglichen oder sie überhaupt am Leben zu erhalten? Also selbst, wenn lebensbedrohliche Situationen nicht täglich auftreten, sondern nur täglich auftreten können, können sie täglich auftreten, und das bedeutet, dass die Leute täglich sterben können. Ist das egal? Oder? Ich verstehe es nicht.

Es muss doch wirklich das Anliegen von allen im medizinischen Kontext Tätigen sein, eine möglichst hohe Lebensqualität von Menschen mit Erkrankungen beizubehalten. Und dann muss es doch darum gehen, zu gucken: Wie kann verhindert werden, dass Leute durch unvorhergesehene Zwischenfälle, die ihre Erkrankung mit sich bringen kann, plötzlich versterben müssen? Wenn es Möglichkeiten gibt, das zu verhindern, sollte doch alles getan werden, das auch wirklich zu verhindern.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Dr. Arnade. – Dann würde ich weitergeben an Herrn Dr. Geiseler, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie.

**Herr Dr. Geiseler (DG Pneumologie):** Herzlichen Dank, dass Sie mich aufgerufen haben. In Ergänzung zu dem, was Herr Demmel ausgeführt hat, nur noch die Anmerkung der DGP:

Wir haben die Leitlinie Prologiertes Weaning erstellt, revidiert und eine Gruppe Prologiertes Weaning, Untergruppe, 3b beschrieben. Das sind Patienten in der Regel mit neuromuskulären Erkrankungen, sei es dauerhaft oder nur passager im Rahmen der Intensivbehandlung aufgetreten, die einer Maskenbeatmung bedürfen, aber sich Maske nicht selber auf- und absetzen dürfen. Und wenn da eine Beatmungsdauer unter 16 Stunden ist und keine invasive Beatmung vorliegt, fallen diese Leute momentan durch das System durch.

Das heißt, es sind alles komplizierte Einzelfallentscheidung. Und ich denke, bei einer Richtlinie für eine außerklinische Intensivpflege sollte diese Gruppe speziell bedacht werden.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für den Hinweis auf diese Patientengruppe.

Ich würde jetzt für eine weitere Frage an die Patientenvertretung weitergeben. Sie haben das Wort.

**PatV.:** Meine Frage knüpft im Prinzip auch an diese Problematik an. Ich möchte sie gern noch einmal Frau Krohn-Aicher stellen, die die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen vertritt, von der Lebenshilfe. Diese Formulierung, dass eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, ist ja eine Formulierung, die auch jetzt schon immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten führen kann.

Daher meine Frage: Wie gehen die Krankenkassen nach Ihrer Erfahrung aus der Praxis mit diesem Kriterium um, und was heißt das für den Leistungsanspruch der Versicherten?

**Frau Krohn-Aicher (Fachverbände):** Danke für die Frage. Nach unserer Erfahrung legen viele Krankenkassen das Kriterium der Ziffer 24 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie, was Sie ja gerade zitiert haben, sehr restriktiv aus, um nicht zu sagen: Sie missverstehen das durch ihre Auffassung.

Nach Ziffer 24 muss der Eintritt einer lebensbedrohlichen Situation und damit die tägliche Erforderlichkeit der pflegerischen Interventionen nur sehr wahrscheinlich sein. Das heißt also nicht, dass sie täglich tatsächlich eintreten.

Viele Krankenkassen interpretieren das Kriterium aber so, dass die pflegerischen Interventionen tatsächlich täglich stattfinden. Und wenn das in der Vergangenheit nicht der Fall war, lehnen sie den Anspruch der Versicherten auf spezielle Krankenbeobachtung ab. Das heißt für die Versicherten natürlich, dass sie teilweise auch klagen müssen, was für sie eine erhebliche Belastung darstellt.

Wir finden, dass Ziffer 24 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie in die außerklinische Intensivpflege-Richtlinie übernommen werden sollte, aber aufgrund dieser Rechtsstreitigkeiten eben in abgewandelter Form, um deutlicher zu machen, dass für den Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung eben nicht die tatsächliche tägliche Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich ist, sondern dass es reicht, wenn diese mit hoher Wahrscheinlichkeit erforderlich sein kann.

Deswegen sollte die Definition der Ziffer 24 in der von der Patientenvertretung vorgetragenen abgewandelten Form in die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie übernommen werden, um solche Rechtsstreitigkeiten auf diesem Feld in Zukunft zu vermeiden.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Frage beantwortet? – Dann würde ich weitergeben.

Ich habe als Nächstes eine Meldung von Frau Hoffmann für den Intensivpflegeverband Deutschland.

**Frau Hoffmann (IPV):** Ich will meine Vorrednerin nur bestärken, denn tatsächlich sind die Ausführungen von Herrn Demmel nicht nachvollziehbar bzw. genau das, was die Vorrednerin bestätigte.

Ich bin Rechtsanwältin und führe ganz viele solcher Verfahren von Versicherten gegen Krankenkassen, weil die Krankenkassen behaupten, Intensivpflege sei nur etwas, (was sich auf das beziehe) was täglich passieren muss, damit man dann einen Anspruch hat.

Hier gibt es diverse Urteile, einstweilige Verfügungen und auch BSG-Rechtsprechungen, die sagt: Das ist nicht so, sondern es reicht die Wahrscheinlichkeit. Es ist sozusagen eine Interventionsbereitschaft notwendig, und die ist formuliert, auch in der neuen Richtlinie, und darf in gar keinem Fall auf täglich, zweimal wöchentlich oder auch dreimal monatlich, was Herr Demmel als Vorschläge machte, eingeschränkt werden, weil die Rechtsstreitigkeiten damit natürlich zunehmen.

Ich hatte eher den Eindruck, dass die Richtlinie der Intensivpflege nach 37c doch den Bereich der Anspruchsberechtigten erweitern will, was ich richtig finde. Damit ist es in keinem Fall richtig, auf „täglich“ oder andere Arten von Anzahlen, also Quantität der tatsächlichen akuten Vorfälle, abzustellen, sondern es ist immer richtig, dass es eine Möglichkeit und deswegen eine regelmäßige 24-stündige Interventionsbereitschaft gibt. Und das reicht auch jetzt schon, um jeden Rechtsstreit für die Versicherten zu gewinnen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Hoffmann. Der Punkt ist sehr gut deutlich geworden.

Ich würde jetzt weitergeben an Alexianer Münster GmbH, die sich gemeldet haben. Ich bin nicht ganz sicher, wer spricht. – Herr Krämer, Sie haben das Wort.

**Herr Krämer (Alexianer):** Ich würde die Ausführungen von Herrn Schmidt-Ohlemann gern noch einmal ergänzen um die Menschen aus neurologischem Formenkreis, die dekanüliert wurden und weiterhin eine hochgradige Dysphagie haben und einen immer noch nicht angepassten Muskeltonus, wo halt speziell pflegerische Maßnahmen ergriffen werden müssen, um gerade Notfallsituationen zu vermeiden. Ich spreche mich dafür aus, dass diese Maßnahmen, die man da ergreift, auch anerkannt werden zur

Vermeidung von Notfallsituationen, als Interventionen anerkannt werden, zum Beispiel eine spezielle Lagerung nach Bobath usw.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, auch für die Prononcierung.

Dann habe ich als Nächstes eine Meldung von Herrn Stegemann, bpa.

**Herr Dr. Stegemann (bpa):** Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Demmel.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Sie sind wahnsinnig leise; wir können Sie im Prinzip fast nicht verstehen.

**Herr Dr. Stegemann (bpa):** Hören Sie mich jetzt besser? Lauter?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, ein bisschen besser. Sie müssen bitte ganz laut sprechen.

**Herr Dr. Stegemann (bpa):** Das versuche ich. Meine Frage geht an Herrn Dr. Demmel. Er hat in seiner Darstellung mehrere Fragen eingebracht, hat einmal die gegenwärtigen Versorgungsfälle auf 30 000 taxiert. Woher kommt diese Feststellung? Gibt es dafür empirische Belege?

Noch viel interessanter wäre, auf welcher Berechnungsgrundlage künftig eine, ausgehend von der Definition, die die DKG und die Patientenvereinigung dort mit eingebracht haben, Erhöhung auf über 100 000 Versorgungsfälle erzielt wird. Wie wird das berechnet? Gibt es dafür irgendwelche empirischen wissenschaftlichen Befunde? Das würde mich interessieren, denn wir gehen davon aus, dass mit dieser Definition im Grunde der gegenwärtige Stand abgebildet wird, der Versorgungsstand, und sich im Grunde diesbezüglich gar nichts ändern dürfte, denn auch diese Definition ist angelehnt an jene, die wir heute in der Rahmenempfehlung zur HKP, § 4 Außerklinische Intensivpflege, haben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Ich möchte allerdings darauf aufmerksam machen, dass ich jetzt eine kurze Erwiderung von Herrn Demmel zulasse, aber nicht in einen Dialog über diese Äußerung von Herrn Demmel eintreten möchte, weil ich glaube, es gibt noch zu viele weitere entscheidende Wortmeldungen, die dann zu kurz kämen.

Herr Demmel, Sie haben kurz die Gelegenheit, zu arbeiten. Dann würde ich an Frau Fix weitergeben.

**Herr Dr. Demmel (MD Bayern):** Kurze Antwort meinerseits: Die Angabe „30 000 Betroffene erhalten Intensivpflege“, stammt von Angaben zahlreicher Krankenkassen über die Anzahl der jeweils intensivpflegebedürftigen Versicherten.

Zur Berechnung, wie wir zu der Annahme kommen, dass es sich künftig um mehrere Hunderttausend handeln könnte:

Wenn ich nur das Beispiel von Epilepsie-Patienten nehme: Es gibt in Deutschland 600 000 Menschen, die an Epilepsie erkrankt sind. Die Risiken eines Anfalls oder einer gegebenenfalls lebensbedrohlichen Situation schwanken extrem. Das geht von einmal über gelegentlich bis zu mehrfach täglich oder wöchentlich.

Es muss hier für die Definition des Personenkreises, letztlich auch für die Begutachtung eine geeignete Quantifizierung vorgenommen werden, und das ist möglich, so wie wir es bisher in der HKP-Richtlinie mit der speziellen Krankenbeobachtung haben. Allerdings „die hohe Wahrscheinlichkeit“ ist zu vage, ist zu qualitativ. Es muss quantifiziert werden, und eine hohe Wahrscheinlichkeit bedeutet eine Wahrscheinlichkeit über 50 Prozent, umgebrochen auf die Tage. Es ist mindestens an jedem zweiten Tag eine Intervention erforderlich. Nur so, durch diese Quantifizierung kann man das handeln.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut, das ist jetzt Ihre Auffassung dazu. Vielen Dank für diese Antwort an Herrn Stegemann.

Ich würde jetzt gern an Frau Fix weitergeben.

**Frau Dr. Fix (Caritas):** Da Herr Demmel gerade noch einmal ausgeführt hat, reizt es mich natürlich, hier noch einmal darauf einzugehen, weil ich mich genau gegen diese Statements gemeldet hatte.

Also die Tatsache, dass zum Beispiel Schluckstörungen bei einer schweren Epilepsie jederzeit auftreten können und nicht „täglich“ oder gar „alle zwei Tage“, sodass eine „hohe Wahrscheinlichkeit“ bedeutet, dass wir mindestens 50 Prozent hier dem zugrunde legen müssen, also ein statistisches Ausmaß, sehe ich wirklich als eine Einschränkung der bisherigen Möglichkeit zur Versorgung nach der Nr. 24 Spezielle Krankenbeobachtung, die nicht hinnehmbar ist.

Vorhin, in der ersten Anhörung, hatte ich auch schon dargestellt, zusammen mit vielen anderen, dass uns am Erhalt der Nr. 24 gelegen ist, entweder in der Übergangsregelung oder dann eben durch Übernahme praktisch des Personenkreises in diese Richtlinie.

Es muss gewährleistet sein, dass für alle Personen, egal ob sozusagen einmal oder zu 50 Prozent oder zu 25 Prozent eine solche lebensbedrohliche Situation auftritt, dann die Versorgung weiterhin so gewährleistet ist, wie das bisher der Fall war. Ich bitte wirklich, dass dies mit dieser Richtlinie auch sichergestellt bleibt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Fix. Vielen Dank auch noch einmal für diese Klarstellung.

Ich übergebe jetzt für eine Frage an die KBV.

**KBV:** Ich habe eine kurze Nachfrage bzw. Bitte an Frau Hoffmann. Sie hatten von mehreren Rechtsprechungen, auch von höchstrichterlicher Rechtsprechung gesprochen, die für unsere Diskussion sehr hilfreich wäre. Wenn Sie die mit den entsprechenden Aktenzeichen noch beibringen könnten, wäre das äußerst hilfreich.

**Frau Hoffmann (IPV):** Das mache ich gern, habe ich auch in meiner Stellungnahme erwähnt. 10. November 2005 BRKR 38 aus Nr. 4R.

Aber ich könnte das auch direkt an die KBV, auch mit meinen weiteren erstinstanzlichen und zweitinstanzlichen Urteilen und/ oder (Tonausfall) machen, weil: BSG-Urteile dazu hatte ich in meiner Stellungnahme für die PV.

**KBV:** Dann gucke ich da noch einmal, danke.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Hoffmann, wir werden das noch einmal nachschauen, und falls noch Rückfragen bestehen, würden wir uns einfach an Sie wenden.

Ich habe jetzt eine Meldung von Herrn Rode für die AOK Niedersachsen.

**Herr Rode (AOK Niedersachsen):** Ich habe eine kurze Anmerkung, weil ich Frau Hoffmann eben so verstanden hatte, dass die AKP-Richtlinie zu einer Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises führen soll und dass das die Intention des Ganzen wäre.

Der Gesetzgeber hat in der Gesetzesbegründung zum IPReG ganz deutlich geschrieben: Er geht davon aus, dass der anspruchsberechtigte Personenkreis für 37c annähernd derselbe ist, der bisher spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie bekommen soll. Ich glaube, das ist ein ganz wesentlicher Punkt an der Stelle auch, den man berücksichtigen muss.

Herr Demmel hat es ja richtig gesagt: Für ihn ist die gutachterliche Praxis am Ende ausschlaggebend, und ich denke, wir sollten hier aufpassen, dass wir in der Richtlinie der Intention des Gesetzgebers folgen und nicht das Ganze an irgendeiner Stelle unterlaufen, sondern eine Formulierung finden, die den Medizinischen Dienst, der am Ende die Entscheidung trifft „Erfüllt

ein Patient die Voraussetzungen für außerklinische Intensivpflege ja oder nein?“, dabei unterstützt, der Intention des Gesetzgebers zu entsprechen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank.

**Frau Hoffmann (IPV):** Entschuldigung, weil ich direkt dazu angesprochen wurde! – Ich wollte nicht sagen, dass der Gesetzgeber den Anspruch noch weiter fassen wollte, als er längst war. Aber ich bin jeden Tag mit Verkürzungen des Anspruchs auf Intensivpflege beschäftigt, weil die Krankenkassen behaupten, es wäre täglich nötig, dass Leib- und Lebensgefahr oder schlimme Ereignisse dokumentiert sind. Das ist schon bislang nicht richtig, weil einschlägige Rechtsprechung hierzu existiert. Einstweilige Verfügungen, Beschlüsse, 1. und 2. Instanz, BSG-Rechtsprechungen sagen: Es ist nicht nötig, dass täglich, wöchentlich, zweimal im Monat solche Dinge dokumentiert sind. Es reicht die Wahrscheinlichkeit.

Ich wollte nur dafür werben bzw. Herrn Demmel sagen: Diese Art der Auslegung der Ziffer 24 war bisher schon nicht richtig, obwohl da sogar „täglich“ drinsteht; ich weiß das. Deswegen finde ich die Regelung jetzt hier im § 3 Abs. 1 viel besser, weil eben nicht „täglich“ darin steht.

Ich will dafür werben, dass damit der Anspruch als das, was er schon immer war, nämlich keine Einschränkung auf einmal täglich, sondern Leib- und Lebensgefahr dokumentiert werden, einfach einmal entsprechend in die Richtlinie kommt. Dann blieben den Versicherten nämlich diverse Rechtsstreitigkeiten erspart.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Ich glaube, dieser Punkt ist jetzt deutlich geworden.

Ich habe jetzt hier noch sehr viele Wortmeldungen und würde dann die Rednerliste zu dem Punkt Berechtigter Personenkreis schließen wollen, weil ich denke, dass die Argumente dazu gefallen sind. Also überlegen Sie bitte vor diesem Hintergrund, inwieweit Sie an Ihrer Wortmeldung festhalten.

Ich würde jetzt zunächst weitergeben an die DGSMP. Wer spricht für die DGSMP?

**Frau Prof. Dr. Herold-Majumdar (DGSMP):** Ich bin Leiterin der AG Pflege des Fachbereichs 2, Praktische Sozialmedizin. Ich möchte ergänzen, dass es ja gerade eine besondere Qualität der pflegerischen Versorgung ist, solche medizinischen Notfälle frühzeitig zu erkennen und abzufangen.

Meine zwei Anmerkungen dazu: Wie sollen denn Wahrscheinlichkeiten ganz praktisch in der Begutachtung, aber auch in der Diagnosestellung errechnet werden? Wie errechnet sich denn eine 50-prozentige Wahrscheinlichkeit? Es ist ja forschungsethisch gar nicht vertretbar, in bestimmten Populationen solche Notfälle eintreten zu lassen, um hier empirische Grundlagen zu haben, um eine Wahrscheinlichkeit zuverlässig zu berechnen.

Eine letzte Bemerkung: Was ist denn dann mit denen, die am dritten Tag einen medizinischen Notfall erleiden? Soll da dann der Notarzt kommen, der Rettungseinsatz und eine Hospitalisierung erfolgen? Wenn es um Leistungsausweitung geht, kann es ja nicht im Interesse der Solidargemeinschaft sein, dass alle drei oder alle vier Tage ein Notfalleinsatz und eine Hospitalisierung erforderlich sind.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank noch einmal für die Verdeutlichung der Problematik der Definition des leistungsberechtigten Personenkreises.

Ich habe jetzt hier eine Wortmeldung von BAG Phase F, von Frau Nelißen. Auch hier die Bitte: Es geht jetzt nur noch um zusätzliche Aspekte. Ich glaube, das meiste ist zu diesem Punkt gesagt. Bitte, Frau Nelißen.

**Frau Dr. Nelißen (BAG Phase F):** Genau, das meiste ist gesagt. Ich spreche für die Menschen im Wachkoma. Es würde eine Vielzahl dieser Menschen aus dem anspruchsberechtigten Personenkreis herausfallen.

Es ist so, dass wir nach wie vor versuchen, die Menschen zu dekanülieren. Trotzdem besteht eine Schluckstörung, und es bilden sich Speichelseen. Und wie Herr Krämer schon richtig sagte: Durch Lagerung kann ganz viel verhindert werden.

Und wie meine Vorrednerin auch sagte: Allein dadurch verhindern wir Krankenhauseinweisungen. Würden wir nicht intervenieren, und zwar zeitnah, hätten wir unendlich viel mehr Menschen im Wachkoma im Krankenhaus, und es würden auch sehr, sehr viele Menschen sterben.

Ich weiß, dass viele Menschen schon allein mit dem Begriff Wachkoma nicht umgehen können. Es sind Menschen, die wahrnehmen, die zuhören, die lachen, die auch Freude am Leben haben. Und wir würden ganz vielen Menschen das Leben mit dieser Entscheidung, glaube ich, nehmen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Nelißen.

Ich habe jetzt eine Meldung von Herrn Groß. Auch hier bitte ich zu überlegen, welche zusätzlichen Aspekte wir noch brauchen. Bitte, Herr Groß.

**Herr Dr. Groß (EVK):** Dann versuche ich es mal schnell. Also: Neurologen (akustisch unklar) und Pneumologen betreuen ja auf der Basis verschiedener Leitlinien, also der Weaning-Leitlinie für die neurologische Frührehabilitation und der DIGAB-Leitlinie viele komplexe neurologische Patienten.

Ich kann Herrn Demmels Ausführungen sehr gut nachvollziehen, aus Sicht der Leistungsträger den Kreis der Leistungsberechtigten einzugrenzen. Wir haben es mit komplex kranken neurologischen Patienten zu tun, die an schweren Schluckstörungen, Hustenstörungen und Atmungsstörungen leiden, auch wenn sie nicht tracheotomiert sind, die dann auch nicht beatmet, also nicht invasiv beatmet einen hohen Aufwand haben und lebensbedrohlich erkrankt sind.

Jetzt gibt es eben drei Methoden, diesen Leistungsberechtigtenkreis einzugrenzen: entweder über eine genaue Definition dessen, was neurologisch hier sozusagen an Problemen vorliegt.

Auch die epileptischen Anfälle, die ja die lebensbedrohlichen sind, kann man sehr gut eingrenzen.

Vielleicht muss man auch eine Mischung aus einer qualitativen und einer quantitativen Definition finden. Ich würde hier allerdings eine qualitativ genaue Definition der neurologischen Situation bevorzugen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, auch für den konstruktiven Vorschlag.

Dann habe ich eine Wortmeldung von Frau Arnade.

**Frau Dr. Arnade (LIGA):** Ja, von Frau Doktor Arnade. – Also: Es klingt alles so, als sei Intensivpflege etwas besonders Erstrebenswertes, eine Art Luxusleistung, dessen Ausweitung unbedingt verhindert werden muss. Als würden sich alle Intensivpflege verschreiben lassen, wenn man das nicht besonders restriktiv reinschreibt!

Also mein Gott, gucken Sie sich die Leute doch an! Das macht doch keiner freiwillig, das macht doch keiner zum Spaß! Das ist doch eine totale Einschränkung der persönlichen Freiheit, der Intimsphäre, von allem. Das macht doch keiner, wenn es nicht unbedingt notwendig ist; das muss man doch auch mal sehen!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Dann übergebe ich jetzt an Herrn Frevert.

**Herr Frevert (NETZWERK Artikel 3):** Noch einmal: Herr Rode von der AOK Niedersachsen hat gerade gesagt: Wir sollten in der AKI-Richtlinie im Wesentlichen dem Gesetzgeber folgen. Dem möchte ich noch einmal ganz deutlich widersprechen, weil genau diese Richtlinie und auch das IPReG und auch das RISG den menschenrechtlichen Aspekt komplett vermissen lassen.

Es geht darum, dass behinderte Menschen, die abhängig sind von Geräten, welche auch immer das sind – wir reden hier überwiegend von Beatmungsgeräten –, wie Objekte behandelt werden, die irgendwie zu handhaben sind, und dann haben wir unsere Aufgabe erledigt.

Das macht sich an der Anzahl der Berechtigten fest, es macht sich an allen möglichen Kleinigkeiten, zu denen wir ausgiebig Stellung genommen haben, fest. Aber der Aspekt, dass es um Menschen geht, die über ihr persönliches Leben mit Beatmungsgerät zum Beispiel auch bestimmen wollen oder bestimmen müssen, weil sie damit leben, wird hier völlig vergessen.

Stellen Sie sich einfach Stephen Hawking vor, dann haben Sie vielleicht ein Bild vor Augen, um welche Menschen es auch geht: um Menschen, die total abhängig sind von Geräten. Welche Geräte das auch immer sind, spielt hier gar keine Rolle, aber es kann nicht sein, dass wir solche Menschen einfach irgendwie handhaben und sagen: Du kriegst es oder du kriegst es nicht! Oder du hast dort zu leben oder nicht dort zu leben!

Noch einmal: Berücksichtigen Sie den menschenrechtlichen Aspekt deutlicher!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Frevert.

Jetzt habe ich abschließend zu diesem Punkt noch SHV Forum Gehirn mit einer Wortmeldung. Dann schließe ich zu diesem Punkt, wie ich vorhin angekündigt hatte, die Rednerliste.

**Herr Lemme (SHV FG):** Wir sprechen hier ja sehr abstrakt über Wahrscheinlichkeiten: zweiter Tag, dritter Tag. Frau Nelißen hat es angedeutet: Menschen können versterben.

Mich würde interessieren: Bei welchen Wahrscheinlichkeiten rechnen wir denn mit wie viel Toten? Das würde mich konkret interessieren, damit wir hier eine klare Orientierung erhalten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Lemme.

Eigentlich ist die Rednerliste geschlossen. – Frau Hoffmann, haben Sie noch einen zwingenden Beitrag zu diesem Punkt? Danach würde ich den nächsten aufrufen.

**Frau Hoffmann (IPV):** Ich will Herrn Frevert nur bestärken, aber auch sagen, dass, egal was eine Richtlinie in Deutschland sagt: Am Ende hat der Betroffene auch Grundrechte, hat er Rechte. Und egal, was in dieser Richtlinie steht, am Ende darf eine Richtlinie nur Recht auslegen. Aber auch dazu gibt es Rechtsprechungen. Also er hat da recht.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank.

Nun würde ich gern zum nächsten Punkt kommen, und zwar zur Häufigkeit der Potenzialerhebung und Dauer der Verordnung. Wer hat zu diesem Themenkomplex Fragen?

Die Patientenvertretung bitte.

**PatV.:** Wir haben eine Frage zu der Häufigkeit der Potenzialerhebung, die wir gern zwei Stellungnehmern nacheinander stellen wollen: zum einen den Main-Taunus-Kliniken und zum anderen den Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern.

Der Richtlinien-Entwurf liegt vor, dass bei Versicherten, die AKI erhalten, mindestens alle sechs Monate eine Erhebung zur Einschätzung des Entwöhnungspotenzials sowie zur Therapieoptimierung durch Weaning-Spezialisten durchgeführt wird.

Jetzt haben diese Erhebungen vielfache Belange. Das ist zum einen die medizinische Notwendigkeit, um den Gesundheitszustand einzuschätzen. Zweiter Aspekt ist der Aufwand, der mit diesen häufigen Untersuchungen verbunden ist, insbesondere für den Versicherten. Wir haben sehr kranke Versicherte, die nicht unkompliziert transportfähig sind. Und der dritte Punkt

ist bei der Frage der Häufigkeit der Untersuchungen die der medizinischen, ärztlichen Kapazitäten.

Vor diesem Hintergrund die Frage an die beiden genannten Stellungnehmer: Halten Sie das von den Patienten, bei denen die Beatmung bzw. die Trachealkanüle dauerhaft indiziert und kein Entwöhnungspotenzial absehbar ist, für sinnvoll? Ich würde die Main-Taunus-Kliniken bitten, als erste darauf zu antworten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Dann hätte Herr Blau von den Main-Taunus-Kliniken das Wort. Bitte, Herr Blau.

**Herr Blau (MTK Kliniken):** Wir haben dazu eine klare Meinung. Wenn die Ersteinschätzung durch kompetentes Personal getroffen worden ist, und das ist ja ein Thema, das wir nachher noch haben – wer schätzt das ein? –, halten wir es nicht für sinnvoll, jedes halbe Jahr eine apodiktische Potenzialeinschätzung durchzuführen.

Also wenn Patienten da sind, wo die Experten, die auf Weaning spezialisiert sind, die sich auch mit kurz- und mittelfristigem Weaning auskennen, der Meinung sind, da gibt es kein Potenzial, sollte das unbedingt gestreckt werden. Das haben wir auch in unserer Stellungnahme so ausgeführt. Wir halten es nicht für sinnvoll, einen Patienten grundsätzlich alle halbe Jahre vorzustellen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Blau.

Sie (Patientenvertretung) hatten einen zweiten Ansprechpartner, die Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern. Bitte.

**Frau Esser (KBB):** Ich bin Behindertenbeauftragte des Landes Hessen. Auch ich halte es nicht für sinnvoll, alle sechs Monate eine Potenzialerhebung zu machen, weil das für die Versicherten unzumutbar ist. Es ist sowieso (Tonstörung) Ich spreche jetzt über das Headset.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Frau Esser, man kann Sie sehr schlecht verstehen. Ich habe einen kleinen Tipp für Sie: Schalten Sie Ihr Video aus. Die Wahrscheinlichkeit, dass dann die Sprachqualität besser wird, ist sehr hoch.

**Frau Esser (KBB):** Wir halten die Potenzialerhebung alle sechs Monate für die Versicherten für unzumutbar, weil das ein erheblicher bürokratischer Aufwand ist. Es sind auch viele Patienten in diesem Kreis, die Hausbesuche benötigen, und es ist natürlich schwierig, diese Fachärzte mit den Qualifikationen, die auch gefordert sind, nach Hause zu bekommen. Von daher stehen wir dem extrem kritisch gegenüber, weil dadurch eben durch die Hintertür natürlich auch eine Verknappung der Leistungen eingeführt werden kann.

Von daher sollte aus unserer Sicht der Erstbegutachtung gefolgt werden, wo dann eine Empfehlung ausgesprochen wird, wie häufig eine Potenzialerhebung überhaupt gemacht werden soll bei Personen, wo es ein Potenzial gibt.

Bei Personen, die kein Potenzial haben, halten wir es insbesondere auch vor dem Hintergrund der Ressourcenknappheit – es gibt ja auch sehr wenige Ärzte in der Fläche, die all den Anforderungen entsprechen – nicht für notwendig, das ständig zu wiederholen. Das ist ein Aspekt, den wir sehr kritisch sehen, auch vor dem Hintergrund der sehr eingeschränkten Ressourcen.

Ich gebe dann mal weiter an meine Kollegin aus dem Bund, an Frau Hoepner-Stamos.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, bitte.

**Frau Dr. Hoepner-Stamos (KBB):** Ich vertrete den Behindertenbeauftragten des Bundes und danke für die Frage. Herr Dusel ist leider verhindert.

Ich würde gern ergänzen, dass aus unserer Sicht in der Richtlinie grundsätzlich deutlicher unterschieden werden muss zwischen Menschen mit Entwöhnungspotenzial und Menschen

ohne Potenzial. Die werden an verschiedenen Stellen sozusagen zusammen abgehandelt, und das scheint uns überhaupt nicht angemessen zu sein, nicht nur, weil es eine Belastung ist, alle sechs Monate ein Entwöhnungspotenzial zu erheben, was effektiv nicht vorhanden ist, sondern auch, weil es einfach entwürdigend ist.

Außerdem halten wir es auch an dieser Stelle für außerordentlich wichtig, dass hier die Patienten angemessen in die Frage einbezogen werden „Wie oft muss das eigentlich erhoben werden?“ und dass man das gemeinsam mit ihnen bespricht.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für die klare Positionierung. Frage beantwortet? – Gut. Dann würde ich weitergeben. Ich habe eine Wortmeldung von Herrn Frevert und eine von der DGSMP. Bitte, Herr Frevert, und dann DGSMP.

**Herr Frevert (NETZWERK Artikel 3):** Wir sehen es auch so, dass diese Sechs-Monate-Zwangsregelung nicht wirklich sinnvoll ist und auch nicht im Sinne der behinderten Personen.

Stellen Sie sich wieder Stephen Hawking vor, der sein Leben einigermaßen im Griff hat mit der schweren Behinderung, und stellen Sie sich sodann vor, ihm aber die weitere Verlängerung der Beatmung nur dann zu gewähren, wenn er sich dem Prozedere alle sechs Monate unterwirft und auch noch einmal geprüft werden kann, ob er nicht dekanülisiert werden kann oder ein sonstiges Potenzial hat, von seiner Beatmung loszukommen. Das ist einfach lächerlich. Es betrachtet einfach nicht die Person in der Situation, in der sie lebt. Deswegen halten Sie sich dieses Bild vor Augen.

Wenn Ihnen das vielleicht zu abstrakt ist, dann nehmen Sie eine unserer Kolleginnen hier auf dem Bildschirm, Amelie Cartolano, eine junge Frau unter den Intensivkindern; da können Sie sich das genauso anschauen. Es ist einfach so: Wenn jemand mit dieser Behinderung lebt, muss das Individuum betrachtet werden.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Frevert.

Ich gebe jetzt weiter an die DGSMP, Frau Herold-Majumdar.

**Frau Prof. Dr. Herold-Majumdar (DGSMP):** Ich möchte zu dieser festgelegten Frequenz auch noch einmal aus der Pflegewissenschaft berichten. Wir haben aktuelle Kenntnisse darüber, dass bei der Einbeziehung in das Assessment zur Weaning-Bereitschaft oder zum Weaning-Potenzial unbedingt auch die anderen Berufsgruppen, die Pflege, die Therapie, die ja in der Alltagspraxis tagtäglich nah am Patienten, nah an der pflegebedürftigen Person dran sind, zu berücksichtigen sind.

Wir haben eine aktuelle Studie von 2021, die besagt, dass, wenn das Burns Wean Assessment Program eingesetzt wird, durch Pflegekräfte das Weaning-Potenzial erfolgreich erhoben und eben auch das Weaning frühzeitig eingeleitet werden kann, wenn ein Potenzial vorhanden ist.

Gern möchte ich noch ergänzen: Das Weaning-Potenzial setzt sich nicht nur zusammen, und so heißt es auch in der S2K- und S3-Leitlinie, aus der Weaning-Fähigkeit, die hauptsächlich aus objektiven Parametern und medizinischen Einschätzungen besteht, sondern auch aus der Weaning-Bereitschaft, und da sind wir wieder beim Menschen. Da bin ich ganz nah bei Herrn Frevert. Auch hier gibt es zahlreiche Studie, sehr gute Studien darüber, was diese Weaning-Bereitschaft der intensivpflegebedürftigen Personen ausmacht. Wir brauchen ja die Motivation und auch das Vertrauen der pflegebedürftigen Personen, sich an dem Weaning-Prozess aktiv zu beteiligen. Es ist ja nicht ein passives Etwas, was an einer Maschine hängt, sondern ist ein Mensch, der darauf vertrauen muss, dass das Versorgungsteam hier wirklich auch einen sicheren Rahmen für einen möglichen Weaning-Versuch schafft.

Angst, Kontrollverlust, Vertrauen sind in den Studien mehrfach belegt als ganz wichtige Faktoren im Zusammenhang mit dem Weaning-Potenzial, das sich, ich wiederhole noch einmal, eben nicht nur aus der Weaning-Fähigkeit, sondern eben auch aus der Weaning-Bereitschaft

zusammensetzt. Das sind viele psychosoziale Parameter, die eigentlich nur von dem Menschen selber, der von einer invasiven Beatmung, maschinellen Beatmung betroffen ist, beurteilt werden kann. Das ist immer an erster Stelle zu sehen, hat die höchste Zuverlässigkeit, die Selbsteinschätzung, und dann eben auch von den Personen, die ihn tagtäglich begleiten. Das sind die pflegenden Angehörigen, das sind die Bezugspflegerpersonen gegebenenfalls und vor allem auch die Therapeutinnen und Therapeuten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ganz herzlich Dank für diese Stellungnahme.

Ich würde jetzt weitergeben an die Thoraxklinik-Heidelberg, an Herrn Prof. Herth.

**Herr Prof. Herth (Thoraxklinik-Heidelberg):** Vielen Dank. Ich möchte noch einmal, was der Kollege aus der Main-Taunus-Klinik erwähnte, ins Spiel bringen. Zum einen glaube ich, dass es wesentlich davon abhängt, wer das initiale Weaning-Potenzial dieser Betroffenen abschätzt. Also wer legt das initiale Weaning-Potenzial fest? Dann kann man in Abhängigkeit von der Qualifikation da über andere Zeithorizonte reden.

Und das Zweite, glaube ich, ist: Wir reden hier über eine sehr breite Indikation. Also wir haben Lungenpatienten, es gibt die Muskel-Patienten. Ich glaube, das muss man nach Erkrankungen clustern, ehe ich einen Patienten nachverfolge. Ich kann mir vorstellen, dass ein Muskelerkrankter dem sicherlich nicht jedes Jahr unterzogen werden muss, aber ein COPD-Patient hat sicherlich ein höheres Weaning-Potenzial; den würde ich enger führen. Da würde ich Diseases clustern.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für diese Stellungnahme.

Dann habe ich eine Wortmeldung von den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung. Frau Krohn-Aicher.

**Frau Krohn-Aicher (Fachverbände):** Ich wollte noch etwas zu dem Vorredner ergänzen, und zwar wurde ja schon angesprochen, dass die potenzialerhebenden Ärzte eine besondere Qualifikation nach der Richtlinie benötigen und sie nicht unbedingt in der Fläche vorhanden sind. Das könnte dann für Betroffene auch bedeuten, dass sie, wenn die Potenzialerhebung durchgeführt werden soll, ins Krankenhaus müssten.

Bei der Versorgung im Krankenhaus, so unsere Praxiserfahrung, verschlechtert sich häufig der Gesundheitszustand der Patienten, was natürlich umso schlimmer wäre, wenn gar kein Potenzial für die Beatmungsentwöhnung vorhanden ist, etwa weil der Patient einen hohen Querschnitt hat oder eine Muskeldystrophie hat oder einen Schlaganfall und da gar kein Entwöhnungspotenzial mehr vorhanden ist. Und dann kommt er ins Krankenhaus und dort verschlechtert sich eventuell seine Gesundheitssituation, einmal ganz unabhängig von dem Transport dorthin usw. Das wollte ich noch anmerken: dass das ebenfalls bedacht wird.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Aus meiner Sicht ein wichtiger praktischer Aspekt, der nicht zu vernachlässigen ist.

Dann habe ich eine Wortmeldung von Herrn Groß und dann von Frau Fix. Ich würde jetzt auch so langsam die Rednerliste zu diesem Punkt schließen. Das bisherige Hauptplädoyer ist also, dass wir hier differenziert vorgehen sollten.

Herr Groß bitte und dann Frau Fix.

**Herr Dr. Groß (EVK):** Was ich hier sehe, ist, dass sozusagen diese Potenzialerhebung erst einmal als eine Art Schikane wahrgenommen wird.

Ich möchte mal darauf verweisen, dass das Potenzial der regelmäßigen interdisziplinären ärztlichen und therapeutischen Behandlung hier für die Betroffenen ziemlich hoch ist. Und ich sage einmal, dass wir die komplex kranken neurologischen Patienten, die wir haben, in aller

Regel alle drei Monate sehen, auch wenn sie eine Trachealkanüle und eine Beatmung haben. Man kann das auf sechs Monate strecken, und die Patienten sind sehr dankbar dafür.

Allerdings geht natürlich die Leistung, die erbracht wird, weit über die reine Erhebung eines Beatmungs- und Trachealkanülenentwöhnungspotenzials hinaus, denn das ist ja nur eine Teilleistung einer guten ärztlichen Versorgung. Es geht um die Versorgung mit komplexen Hilfsmitteln, Elektrorollstühlen, Kommunikationsdevices, Anfallsleiden, die da mitspielen bei den neurologischen Patienten.

Also es gibt sehr, sehr gute Gründe, die Patienten hochfrequent zu sehen, die sich allerdings nicht im Beatmungsentwöhnungspotenzial der Trachealkanüle erschöpfen. Das muss natürlich mit gemacht werden. Sehr häufig geht es aber auch um das dezidierte Trachealkanülen- und Ernährungs- und Entblockungsmanagement. Also da gibt es wirklich ein sehr, sehr hohes Potenzial für die Patienten, und ich denke, man sollte in dieser Richtlinie auch spezifizieren, wie man das erreichen kann.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Dann übergebe ich an Frau Fix.

**Frau Dr. Fix (Caritas):** Mein Plädoyer geht auch ganz klar in die Richtung, zu differenzieren zwischen Patientinnen und Patienten, die ein Entwöhnungspotenzial haben, und solchen, die es grundsätzlich nicht haben. Das hat explizit auch die Bundesbehindertenbeauftragtenvertreterin so dargestellt.

Daher unterstützen wir durchaus, dass bei den Patienten, bei denen das Potenzial besteht, mindestens alle sechs Monate eine Überprüfung stattfindet. Aber bei denen, bei denen es nicht vorhanden ist, eben nicht.

Ich hätte jetzt auch noch speziell den Aspekt, den Frau Krohn-Aicher zur Krankenhauseinweisung gebracht hat, ausgeführt; die Zeit kann ich uns dann sparen und möchte noch einmal diesen Aspekt unterstreichen; den haben wir auch in unserer Stellungnahme erwähnt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Fix.

Dann habe ich jetzt eine Wortmeldung von Herrn Schmidt-Ohlemann, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. – Und ich habe mich jetzt entschlossen, dass ich alle Titel weglasse.

**Herr Dr. Schmidt-Ohlemann (DVfR):** Nur zwei kurze Ergänzungen. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass die Weaning-Spezialisten unter Umständen weiter weg wohnen. Das heißt, wir haben hier einen Krankentransport notwendig. Der ist angstbesetzt und auch nicht ganz risikoarm. Und es bedarf eben eines sehr hohen personellen Aufwandes, um den dann auch sicherzustellen.

Und Menschen unter Beatmung weisen häufig Problemkeime auf, also MRSA und Ähnliches, die nicht immer zu eradigieren sind, und dann gestalten sich Beförderung und auch Behandlung, ambulante Behandlung im Krankenhaus ausgesprochen kompliziert. Danke.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Schmidt-Ohlemann.

Dann übergebe ich an Herrn Bayarassou für GKV-IPReG Think Tank.

**Herr Dr. Bayarassou (Think Tank):** Ich schließe mich im Prinzip den Vorrednern an und würde auch gern praktische Aspekte, zwei, drei Sätze aus meiner Erfahrung bringen, als ich als Pneumologe, Beatmungsspezialist selber eine Lungenklinik (akustisch unverständlich) geleitet habe. Unser Hauptproblem war im Prinzip tatsächlich die Bettenkapazität. Wie häufig sind gerade diese elektiven Termine ja doch rausgeplumpst, weil die Kapazität nicht da war, und gerade jetzt, in Pandemie-Zeiten noch viel schrecklicher.

Seit zwei Jahren bin ich niedergelassen und betreue diese Menschen ambulant und sehe jetzt die andere Seite der Medaille und habe in der Tat auch immer wieder Schwierigkeiten, diese

Menschen tatsächlich auch in den Kliniken unterzubringen. In NRW sind wir ja bei Weitem von Zentren (akustisch unverständlich) gesegnet und trotzdem haben wir gerade bedingt durch die Infrastruktur, pandemischen Gründe und, wie Herr Schmidt-Ohlemann schon sagte, multiresistente Keime immer wieder das Problem, diese Menschen unterzubringen. Das würde ich gern noch einmal als Aspekt hereinbringen, dass wir auf jeden Fall bedenken müssen, um da Strukturen zu schaffen, dass das auch wirklich, wenn man so eine 6-Monats-Frist angibt und festlegt, realisierbar ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für den präzisen und konstruktiven Kommentar.

Jetzt gibt es eine Wortmeldung von der DIGAB.

**Herr Gerhard (DIGAB):** Wir wollen uns als DIGAB der Betrachtungsweise der Vorredner anschließen und schlagen hier auch eine Differenzierung der Betroffenengruppe vor. Es gibt ja einmal die stabilen Krankheitsbilder, wo sicherlich nicht halbjährlich eine Überprüfung stattfinden muss.

Wir geben aber zu bedenken, dass es andere Krankheitsbilder gibt, wie es Vorredner auch schon getan haben, die durchaus Potenziale haben, und die müssen einfach ermittelt werden, damit nicht fehlversorgte Patienten aufgrund der Nichteinschätzung von Potenzialen weiterhin tracheotomiert und beatmet bleiben. Darauf möchten wir an dieser Stelle noch einmal hinweisen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Ich habe es jetzt nicht ganz genau im Kopf, glaube aber, Sie fordern uns zu einer freien Auslegung des Gesetzestextes auf. Ich mache an dieser Stelle noch einmal darauf aufmerksam, dass wir hier ja sehr viele Vorgaben haben, die sehr kleinteilig bereits im Gesetzestext geregelt sind, und wir ja gehalten sind, diesen Gesetzestext in untergesetzliche Normgebung zu übertragen. Aber ich merke natürlich hier die große Übereinstimmung.

Ich habe hier jetzt eine letzte Meldung von Frau Clement. Ich würde nach Frau Clement dann die Rednerliste zu diesem Punkt schließen wollen; nur, um das schon einmal anzukündigen.

Ich übergebe jetzt an Herrn Geiseler.

**Herr Dr. Geiseler (DG Pneumologie):** Noch einmal: Die DGP schließt sich den Vorrednern an. Wir sehen das ganz besonders so, dass die aus Weaning-Zentren Entlassenen noch nicht als nicht nicht weanbar, als dauerhaft nicht weanbar erklärten Patienten sicher anders nachgesorgt werden müssen als andere Patienten mit stabilen langen Erkrankungen.

Zu der Anmerkung in Bezug auf multiresistente Keime, angstbesetzter Transport gebe ich zu bedenken, dass wir mit der Telemedizin viel mehr Möglichkeiten haben, diese Krankenhaus-einweisen doch auch für viele Patienten zu vermeiden.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank.

Dann übergebe ich an Herrn Spross.

**Herr Sproß (DGM):** Ich wollte die Argumentation dahingehend noch einmal unterstreichen, dass es hier ja nicht um eine kleine Patientenpopulation geht, wenn wir in Deutschland von 5 000 bis 8 000 ALS-Patienten reden. Das ist jetzt eine Diagnose. Dazu kommen noch SMA und Duchenne. Dann kommt aus anderen Disziplinen noch eine große Kohorte. Da reden wir also nicht von einer kleinen Gruppe, sondern von einer erheblichen Gruppe, was auf jeden Fall unterstreicht, dass wir hier eine Unterscheidung machen müssen zwischen wirklich Weaning-Möglichkeiten oder nicht.

Es ist schon ein bisschen Hohn, einen halbjährlichen Test zu machen, ob eine Weaning-Möglichkeit da ist, wenn von vornherein klar ist, dass es eine neurogenerative Erkrankung ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Spross.

Dann habe ich jetzt eine Meldung von Herrn Rode respektive Herrn Grieger.

**Herr Rode (AOK Niedersachsen):** Wir hätten eine Anmerkung: Wir reden jetzt sehr stark über die Patienten, für die es eine Belastung ist, hinzufahren. Es gibt ganz, ganz viele Patienten, die Weaning-Potenzial haben, und das Weaning-Potenzial wird in der jetzigen Situation nicht entdeckt.

Sie kennen die Studien, die sagen: 60 Prozent der Patienten, die in der außerklinischen Beatmung sind, können in einem Weaning-Zentrum von der Beatmung noch entwöhnt werden.

Wir erleben es immer wieder, dass diese Patienten schlicht durchs Raster rutschen. Keiner guckt hin.

Wir haben zum Teil Verordnungen übersehen, die relativ pauschal ausgestellt werden von einem Arzt, der weit von dem Patienten entfernt sitzt, sie auch gar nicht gut angeguckt hat. Unsere große Sorge ist, dass diese Patienten, die tatsächlich von der Beatmung entwöhnt werden können und eine deutliche Steigerung ihrer Lebensqualität erfahren könnten, durchs Raster rutschen.

Das spricht nicht gegen eine differenzierte Betrachtung. Man muss aber aufpassen, dass eine differenzierte Betrachtung nicht dazu führt, dass diese Klientel irgendwo unten durchfällt. Das ist ja auch einer der wesentlichen Punkte, weshalb wir uns mit dem IPReG und dem neuen 37c auseinandersetzen wollen: um die Zahl der Patienten, die in der außerklinischen Beatmung sind und da nicht reingehören, zu reduzieren, und das geht am Ende nicht, indem man pauschal sagt: Wir verzichten sozusagen auf die weitere Begutachtung.

Das heißt, da müsste es sehr, sehr klare Differenzierungsregeln geben, um zu sagen: Hier verzichtet man auch.

Herr Groß hat es vorhin ganz richtig gesagt: Es geht bei diesen Patienten am Ende nicht nur um die Beatmung, wenn man sie sich regelmäßig anguckt, sondern es ist ein multiprofessionelles Versorgungskonzept, wo viele, viele Sachen von der Hilfsmittelversorgung über die Pflege zu berücksichtigen sind, die Mittel einzustellen sind. Auch da sehen wir im Zweifelsfall die Vorteile einer regelmäßigen Kontrolle auch bei diesen Patienten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Das heißt, Sie machen noch einmal deutlich, dass wir natürlich auch alles tun wollen für die Patienten, wo es die Möglichkeit gibt, dass wir sozusagen Beatmung reduzieren können und damit auch Tracheostoma und Trachealkanüle (akustisch unverständlich).

Dann habe ich eine Wortmeldung von Herrn Hirschfeld und Frau Clement und dann noch eine konkrete Frage von der KBV. Ansonsten, wie gesagt, würde ich es dann an diesem Punkt damit bewenden lassen.

Herr Hirschfeld, bitte.

**Herr Dr. Hirschfeld (DMGP):** Ich habe vonseiten der DMG, also der Medizinischen Fachgesellschaft für Querschnittgelähmte, eigentlich nur ein relativ kurzes Statement abzugeben. Wir haben ja diese Frage, die jetzt gestellt wird, nicht neu erfunden, sondern stellen sie uns, seit wir beatmete Patienten betreuen, das heißt 25 bis 30 Jahre.

Einen genauen Zeitplan und ein genaues Zeitraster zu entwickeln ist Aufgabe in der Erstbehandlung bei Querschnittgelähmten. Wir wissen sehr genau, wen wir nach welchem Zeitraum sehen müssen, und können dementsprechend die Spanne, irgendetwas zwischen 6 und 12 Monaten, sicherlich annehmen, aber den genauen Abstand definieren wir im Rahmen des Entlassmanagements und laden die Patienten dann auch ambulant vor, und das passiert in

allen Querschnittzentren. Dafür würde ich auch plädieren, in Absprache dann mit den Patientinnen und Patienten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Hirschfeld.

Ich mache noch einmal darauf aufmerksam: An dieser Stelle hat sich das der G-BA ausnahmsweise nicht ausgedacht, wie Sie alle wissen. Es steht ziemlich genau so in der gesetzlichen Vorgabe. Ich will jetzt nicht sagen, dass wir uns damit all diesen Argumenten verschließen, sondern will nur sagen: Das ist natürlich für uns eine besondere Herausforderung.

Frau Clement und dann die KBV.

**Frau Clement (ALS-mobil):** Es wäre richtig, ein Recht für Betroffene einzuräumen in Spezialambulanzen, und nicht nur Pflichten.

Viele Patienten haben keine ausreichende spezialisierte ärztliche Versorgung und vegetieren dahin, ohne Lebensqualität.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank.

KBV, Sie haben eine konkrete Frage aufgeschrieben.

**KBV:** Das habe ich gemacht. Ich wollte Sie aber zu § 3 stellen, der nicht die Häufigkeit der Potenzialerhebungen betrifft, und da Sie eigentlich angekündigt haben, nach Frau Clement die Liste zu diesem Punkt zu schließen, wollte ich mich dort einbringen und daher gern zum neuen Punkt in § 3 etwas fragen, falls Sie das erlauben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay, dann würde ich eben noch Frau Herold-Majumdar aufrufen, und dann ist der Punkt zur Häufigkeit der Potenzialerhebung abgeschlossen.

Ich setze jetzt ein bisschen voraus, dass sich das auch implizit auf die Dauer der Verordnung bezog. Aber das ist jetzt eine Annahme meinerseits.

Frau Herold-Majumdar!

**Frau Prof. Dr. Herold-Majumdar (DGSMP):** Ich wollte nur noch mal zu den unentdeckten Weaning-Potenzialen hervorheben, wie wichtig es ist, dass es für diejenigen pflegenden Angehörigen, Pflegefachpersonen, die in der täglichen Alltagspraxis den Patienten, die pflegebedürftige Person begleiten, ganz wichtig ist, dass die sowohl qualifiziert sind als auch die Technologien haben, sprich: über entsprechende zuverlässige Assessmentinstrumente verfügen wie das Burns Wean Assessment Program, um die Weaning-Potenzialerhebung fortlaufend mit im Blick zu haben. Das wollte ich dazu ergänzen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Das wäre ja fast eine Überleitung zum Punkt Qualifikation der Ärzte. Aber ich übergebe jetzt erst einmal an die KBV, bitte.

**KBV:** Wir können auch dazu überleiten. Wichtig ist mir nur, dass wir dann Fragen auch zu anderen für uns relevanten Punkten haben. Das könnte ich auch hintanstellen, betrifft aber den § 3, sodass ich es jetzt Ihnen überlasse, ob wir das jetzt paragrafenweise abhandeln oder eben danach.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Stellen Sie Ihre Frage, kein Problem.

**KBV:** Ich habe eine Frage an die DIGAB. Ganz konkret hat sie in ihrer Stellungnahme nämlich etwas vorgeschlagen, und wir interessieren uns für die Umsetzung, also dafür, wie die sich das vorstellen. Das konnten wir in der Auswertung der Stellungnahmen nämlich noch nicht ganz nachvollziehen.

Die Suche nach freien Weaning-Plätzen, wissen wir alle, kann sehr zeitaufwendig sein, da man eben auch mehrere Kliniken überregional anfragen muss. In diesem Kontext haben Sie in Ihrer Stellungnahme gesagt, dass die Versicherten an entsprechende Einrichtungen angebunden werden sollen, wenn keine Kapazitäten zur Verfügung stehen. Uns interessiert nun, wie Sie

das mit dem Angebundensein gemeint haben. Das konnten wir jedenfalls in den Auswertungen nicht ganz nachvollziehen, daher meine Nachfrage.

Ich habe noch mehr Nachfragen dazu, aber das wäre die erste.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Also konkrete Frage an die DIGAB.

**Herr Gerhard (DIGAB):** Grundsätzlich geht es darum, dass wir uns wünschen, dass die Betroffenen an ein Weaning-Zentrum angeschlossen sind, und zwar ganz konkret an ein bestimmtes, damit auch Potenziale nachvollziehbar immer wieder abgefragt werden können, und dass alle anderen Zentren oder alle anderen Krankenhäuser quasi sozusagen einen Ansprechpartner für die medizinische Versorgung dieser Betroffenen haben. Beantwortet das Ihre Frage?

**KBV:** Nicht so ganz, denn das Potenzial wird ja zumindest laut Richtlinie vom Vertragsarzt erhoben, der sich dann für eine Entwöhnung sozusagen an ein Weaning-Zentrum wendet. Und so haben wir verstanden, Sie wünschten sich, auch wenn keine Kapazitäten in den Weaning-Zentren sind, dass dann an das jeweils angefragte Weaning-Zentrum angebunden wird. Und da haben wir die Knoten nicht ganz zusammengekriegt. Aber ich glaube, wenn ich Sie richtig verstanden habe, meinten Sie das gar nicht.

**Herr Gerhard (DIGAB):** Grundsätzlich ist es ja so, dass ein Betroffener, der eine Weaning-Fähigkeit hat, in irgendeiner Form mal festgestellt wird in irgendeinem Zentrum oder in irgendeinem Krankenhaus. Und es geht einfach darum, dass dieser Mensch, dieser Betroffene, wenn denn irgendwie die Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege definiert wird, dann irgendwann an ein Weaning-Zentrum angedockt wird, um dort weiterbehandelt zu werden oder zumindest dort in irgendeiner Form bekannt wird und irgendein Weaning-Zentrum diesen Betroffenen versorgt.

Also es muss für jeden Betroffenen in irgendeiner Form zumindest mit Beatmungs- und Entwöhnungspotenzial irgendein Ansprechpartner aus irgendeinem Weaning-Zentrum vorhanden sein. Das meinen wir damit. Ist das jetzt für Sie klargeworden?

**KBV:** Ja, genau. Das sehen wir genauso. Wir sehen aber auch die Kapazitätsprobleme. Daher gleich meine nächsten beiden Fragen:

Meinen Sie, dass das DIGAB-Register, was ja noch keine Weaning-Plätze enthält, sondern eher die Intensivpflegeplätze aufzeigt, perspektivisch eine Unterstützung bieten kann, auch Weaning-Plätze zu finden?

**Herr Gerhard (DIGAB):** Das ist der Plan.

**KBV:** Danke für die kurze Antwort. Dann die letzte Frage dazu:

Meinen Sie, dass gerade aus dem vertragsärztlichen Bereich, und das ist ja der Fokus dieser Richtlinie, und der hier fehlenden Ressource des Sozialdienstes, also nicht wie im Krankenhaus, wo der Sozialdienst auch mit unterstützen kann; es fehlt im vertragsärztlichen Bereich, dass die Krankenkassen hier perspektivisch auch unterstützen können, entsprechende Weaning-Plätze zu finden?

**Herr Gerhard (DIGAB):** Grundsätzlich sollte/kann die Krankenkasse dabei unterstützen, Weaning-Plätze zu finden. Ja, das kann durchaus passieren.

Grundsätzlich ist es geplant, dass irgendwann ein Netzwerk an Weaning-Zentren existiert, wo jeder Betroffene sein Weaning-Zentrum regional eingegrenzt finden kann. Das ist die langfristige Planung, ist aber im Moment flächendeckend noch nicht vorhanden. Das haben wir auch in der Stellungnahme so beschrieben.

**KBV:** Vielen Dank, das waren meine Fragen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Vielen Dank an die Antwortenden, vielen Dank an die KBV.

Ich habe jetzt hier eine Wortmeldung von Frau Dr. Arnade. Geht es um diesen Punkt?

**Frau Dr. Arnade (LIGA):** Es ginge noch einmal das Weaning-Potenzial, und ich wollte dem G-BA das Leben erleichtern: Sie haben ja darauf hingewiesen, dass Sie an die gesetzlichen Vorgaben gebunden sind. Aber da ließen sich ja in begründeten Einzelfällen Ausnahmeregelungen finden: „Wenn kein Potenzial zur Entwöhnung da ist, kann von der Regel in Abstimmung der Ärzte mit dem Betroffenen abgewichen werden.“ So etwas in der Art kann man da ja reinschreiben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank dafür.

Dann übergebe ich jetzt an die DKG.

**DKG:** Ja, auch noch einmal zu diesem Punkt mit der Potenzialerhebung und Anbindung an Weaning-Einheiten oder neurologische Einheiten, die sich mit der Dekanülierung befassen:

Wir verstehen das so, dass das eigentlich doch der Gesetzgeber in dem Gesetz schon dahingehend geregelt hat, dass eben solche Ärzte, die in solchen Krankenhäusern arbeiten, im Grunde genommen ja auch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können. Das hatte der Gesetzgeber ja in diesem Paragraphen extra noch klargestellt. Ist das aus Ihrer Sicht so gemeint? Also ist das dadurch auch abgebildet? Das ist die eine Frage, die ich an die an der Anhörung Teilnehmenden richten möchte, die sich mit Weaning und Dekanülierung beschäftigen.

Die zweite Frage, die an diesem Punkt auch von Interesse ist: Uns ist zumindest bekannt, dass die Zurverfügungstellung von Plätzen in diesen Einrichtungen, die Weaning oder Dekanülierung vornehmen, sehr schwierig ist, weil teilweise sehr lange Wartezeiten darauf bestehen. Könnten Sie näher spezifizieren, wie sich die Sachlage da derzeit darstellt?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** An wen richtet sich die Frage konkret?

**DKG:** An die Teilnehmer der Anhörung, die sich mit Weaning und Dekanülierung beschäftigen, also solche Einrichtungen kennen. Wer sich dazu aufgerufen fühlt, darf gerne antworten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay. Vielen Dank. Also: Wer fühlt sich aufgerufen? Wer möchte auf die Frage antworten?

**Herr Dr. Geiseler (DG Pneumologie):** Ich spreche für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und bin Sprecher von WeanNet. Selbstverständlich ist es so, um die Frage zu beantworten, dass Weaning-Plätze in den zertifizierten Zentren, von denen wir in Deutschland insgesamt 56 haben, begrenzt sind.

Aber wir denken genauso wie Herr Gerhard, der kurz gesagt hat, dass in Zukunft über diese Meldung freier Weaning-Kapazitäten da eine gewisse Erleichterung eintreten wird. Allerdings können Sie sich bei einer Zahl von 20 000 oder 30 000 Menschen, die außerklinische Intensivpflege verordnet bekommen haben – ein Teil von ihnen ist beatmet mit Beatmungsentwöhnungspotenzial –, natürlich vorstellen, dass das in 56 Zentren mit im Schnitt acht Betten nicht machbar ist. Aber wir arbeiten daran.

Die zweite Frage war die nach der sektorenübergreifenden Betreuung, die wir uns vonseiten der DGP und vonseiten der Weaning-Zentren wünschen würden, aber momentan noch erhebliche Umsetzungsschwierigkeiten sehen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Geiseler. Frage beantwortet?

**DKG:** Mich würde noch interessieren, wie die Wartezeiten auf solche Plätze derzeit aussehen.

**Frau Dr. Nelißen (BAG Phase F):** Vielleicht darf ich sprechen? Ich leite eine Einrichtung in Mecklenburg-Vorpommern, und ich halte das Ganze für äußerst schwierig, zum einen die Personen in Weaning-Zentren unterzubringen, und genauso schwierig ist es, die Menschen in Krankenhäusern unterzubringen, um eine Dekanülierung durchführen zu lassen.

Es ist so, dass ich sehr häufig beschimpft werde von Ärzten, was ich mir denke. Wenn da einmal eine Trachealkanüle gesetzt worden ist, wenn einmal tracheotomiert worden ist, dann ist das so! Und dann kann man da nicht kommen und meinen: Jetzt schluckt derjenige wieder, und wir entfernen mal einfach die Kanüle und verschließen das Tracheostoma.

Ich würde mich wirklich sehr freuen, wenn die Zukunft das bringt, und dafür ist ja dieses Gesetz auch geschrieben, und dafür kommen ja auch die Richtlinien usw., die Rahmenvereinbarungen. Aber im Moment ist das alles Utopie.

**Herr Dr. Groß (EVK):** Darf ich die Frage mit beantworten? Tatsächlich ist es auch aus neurologischer Sicht so, da beginnt ja die Zertifizierung der Beatmungsentwöhnungszentren zum 1. Oktober. Momentan wissen wir, dass 1100 Betten bereits im Beatmungs- und Weaning-Bereich zur Verfügung stehen. Ich sehe trotzdem ein erhebliches Versorgungsproblem, und zwar auch in der regionalen Verteilung der Zentren zum Beispiel. Wenn wir in Oldenburg 1100 Weaning-Patienten ablehnen, müssen sie, soweit wir die Verlegungswege registrieren, teilweise 400, 500 Kilometer vom Wohnort entfernt behandelt werden. Da fehlt für mich tatsächlich das richtige Verständnis der Weaning-Kapazitäten, wie Sie auch sagten, Herr Geiseler. Ich glaube, das ist so die Richtung, aber regional wird es eben erhebliche Defizite geben. Ich glaube, dass es außerordentlich schwierig werden wird, einen Patienten mit Potenzial, je nachdem, wo man wohnt, wirklich unterzubringen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für diese klare Stellungnahme. Also sozusagen die Richtlinie wäre der Beginn und der Rest muss folgen, um es jetzt etwas zu überspitzen.

Ich habe jetzt eine Meldung von der Deutschen Gesellschaft für NeuroRehabilitation. Frau Dr. Gorsler. Bitte!

**Frau Dr. Gorsler (DGNR):** Ich möchte, das kam jetzt noch gar nicht zur Sprache, auch die Wichtigkeit der neurologischen Frührehabilitation benennen, als Kapazität (akustisch unverständlich) Es ist so, dass eben häufig die Patienten den Weg, wenn akute Erkrankungen sind, vom Akuthaus, also Intensivstation, in die neurologische Früh-Reha nehmen, und dort findet in einem ganz großen Umfang das Weaning von neurologischen Patienten statt. Die Patienten sind in diesen Einrichtungen eben auch über längere Zeit, werden dann von dort aus, wenn das Weaning - - weil ja neurologische Patienten auch speziell sind; wir hatten das Thema Dekanülierung bei Patienten mit Schluckstörungen schon angesprochen, in die außerklinische Intensivpflege gegeben.

Es wäre eine große Erleichterung und auch eine deutliche Kapazitätzunahme, wenn die Patienten zum erneuten Dekanülierungsversuch direkt von der außerklinischen Intensivpflege in die Einrichtung zurückverlegt werden könnten. Momentan ist der Weg aufgrund der Gesetzgebung (Tonstörung) Akutphase ins Screening-Zentrum müssen. Dabei wird dann sozusagen das Haus, das sie kennt, in der neurologischen Früh-Reha nicht eingebunden, weil dieser Zuweisungsweg nicht offen ist.

Vonseiten der DGNR wurde bereits darauf hingewiesen: Man kennt die Patienten in den Einrichtungen, das Weaning wurde dort durchgeführt, und dennoch können die Patienten aufgrund der Gesetzeslage momentan nicht direkt zurückverlegt werden, was aber sehr sinnvoll wäre. Erstes Argument wie gesagt: Man kennt den Patienten, man kennt die neurologischen Umstände. Man ist geschult in Patienten mit Schluckstörungen und neurologischem Bedarf. Hier wäre eine deutliche Kapazitätssteigerung möglich, da über 1000 Betten in Deutschland für diese Patienten zur Verfügung stehen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen, vielen Dank für diese Darstellung.

Ich muss jetzt hier noch einmal ein bisschen meine Rednerliste beachten. Also ich habe jetzt viele Wortmeldungen zu diesem Punkt. Deswegen meine Frage an Frau Schuster, Intensivpflege-Team: Geht es hier auch um diesen Punkt?

**Frau Schuster (IPT):** Es geht hier um das Thema Weaning, die Einbindung der Krankenkassen sowie die Nutzung lokaler transsektoraler Pfade.

Wenn wir Mitarbeiter der Krankenkassen hier einbinden, dann würde ich mich sehr freuen, wenn man deren Qualifikation in der Richtlinie auch definieren würden.

Wir haben ganz viele lokale transsektorale Pfade, die gut funktionieren und die auch die Weaning-Möglichkeiten erhöhen könnten. Diese müssen bei den beratenden Krankenkassenmitarbeitern bekannt sein, sonst geht das völlig schief und die Solidargemeinschaft verliert lokale gute Möglichkeiten fürs Weaning. Das war mein Hinweis.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für den Hinweis. Ich fürchte, das können wir nicht, weil das nicht in unsere Kompetenz fällt. Dazu sind wir nicht berechtigt.

Jetzt habe ich eine Meldung von Herrn Jaschke, Deutsche Fachpflege Gruppe.

**Herr Jaschke (Fachpflege Gruppe):** Ich möchte noch einmal auf zwei Punkte eingehen. Neben den Kapazitäten, die wir nicht vorfinden in der Peripherie und der regional schwierigen Verteilung möchte ich noch einmal unbedingt dafür plädieren, dass wir auch telemedizinische Möglichkeiten und Videovisitenttechnologien nutzen, um diese Potenzialanalysen auch durchführen zu können, damit man eben nicht 400, 500 Kilometer durch Deutschland fahren muss.

Das Zweite, was ich in dem Zusammenhang wichtig finde, und ich kenne einige Menschen, die das so für sich betreiben und beatmet sind, ist, dass das Weaning definitiv mit den Betroffenen abgesprochen und auch geplant werden muss und es durchaus Menschen gibt, die die Beatmung nicht als Zwangsmaßnahme empfinden, sondern als ein hilfreiches Hilfsmittel, um ihr Leben selbstbestimmt leben zu können, oft auch mit Beatmung besser sprechen zu können als ohne Beatmung. Es geht mir darum, dass man das im Zusammenschluss mit den Betroffenen auch diskutiert.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für diese Stellungnahme.

Dann habe ich jetzt hier eine Wortmeldung. Frau Gorsler, ich glaube, Sie waren schon dran, deswegen überspringe ich Sie jetzt. Und ich habe jetzt eine Wortmeldung von Frau Nelißen, BAG Phase F.

**Frau Dr. Nelißen (BAG Phase F):** Ich kam auch schon zu Wort, möchte mich aber den Worten von Herrn Jaschke noch einmal anschließen. Es ist tatsächlich so, dass die Menschen mit der Beatmung sehen, dass es ihnen sehr viel besser geht als ohne Beatmung und dass sie tatsächlich manchmal kein Interesse mehr haben, entwöhnt zu werden.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank.

Ich habe einen Fehler gemacht und gebe deswegen das Wort Herrn Petereit, DVSG.

**Herr Petereit (DVSG):** Ich würde gern noch einmal zwei Punkte aufgreifen. Einmal gab es den Hinweis darauf, dass die Krankenkasse ja ihren Beratungsanspruch gegenüber den intensivpflegebedürftigen Patient\*innen auch umsetzen muss. Das finde ich wichtig.

Ich finde es aber noch viel wichtiger, dass es – was angesprochen worden ist mit der trägerübergreifenden Koordination – auch eine trägerunabhängige Beratung für die Menschen mit Intensivpflegebedarf geben sollte. Das kann im Krankenhaus durch die Sozialdienste abgedeckt werden.

Das Pendant im ambulanten Bereich fehlt tatsächlich. Wir hatten in der Stellungnahme der DVSG auch darauf hingewiesen, dass man durchaus auch den öffentlichen Gesundheitsdienst da stärker in die Pflicht nehmen sollte. Es gibt dort auch qualifizierte Beratung zum Beispiel für Sucht-Erkrankte, für HIV-Infizierte. Warum wäre es nicht denkbar, dass es auch für intensivpflegebedürftige Menschen eine Anlaufstelle gibt? Ich halte das für einen ganz wichtigen Punkt, um auch dieser vulnerablen Gruppe das Selbstbestimmungsrecht zu geben.

Durchaus zu recht wurde hier auch die Frage der Qualifikation gestellt, und da muss ich eine Lanze für die soziale Arbeit im Gesundheitswesen brechen. Wir haben da eine sehr hohe Navigationskompetenz und können Patienten dort durch verschiedene Pfade auch leiten, sie unterstützen bei der Entscheidungsfindung, und das berücksichtigt die AKI-Richtlinie bisher überhaupt nicht. Es ist ein ganz wichtiger Punkt, dass man auch Entscheidungsmöglichkeiten erst einmal durch qualifizierte Information auch vermittelt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Vielen Dank für die Hinweise.

Dann habe ich jetzt eine Wortmeldung von GKV-IPReG Think Tank. Herr Bayarassou.

**Herr Dr. Bayarassou (Think Tank):** Ich wollte noch einmal bei der Frage von der DKG ansetzen. Und auch Frau Nelißen, vielen Dank. Dazu mein Statement noch einmal aus praktischer Sicht:

Sie sprachen eben von Utopie, Frau Nelißen. Ich möchte Sie bestärken: Lassen Sie uns einfach eine gewisse Vision gemeinsam leben und im Prinzip ausrollen.

Ich kann nur sagen: Es gibt heute leider ganz viele Insellösungen. Aber wenn wir uns alle mehr vernetzen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, entstünden unglaublich viele Synergien, die wir nutzen können. Ich kann nur aus meiner praktischen Erfahrung hier im Köln-Bonner Raum reden, wo wir schon 250 Menschen ambulant außerklinisch invasiv beatmet, teilweise tracheotomiert und nichtbeatmet bereits versorgen, und nur sagen, dass es ohne ein Netzwerk, ohne eine qualitativ gute Versorgung in verschiedenen Fachdisziplinen in enger Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus nicht geht.

Deshalb wünschen wir uns auf der einen Seite das DIGAB-Register, keine Frage, und auch vielleicht, dass Krankenhausärzte ermächtigt werden. Aber ich würde hier noch einmal den Fokus auf den ambulanten Bereich richten und ohne Weiteres auch die KBV noch einmal dringendst dazu animieren, einmal zu schauen, wer in den eigenen Reihen vielleicht auch noch Potenzial hat, qualifiziert ist, und wir auch Brücken bauen, um diese Menschen dann auch weiterhin für die Versorgung zu gewinnen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Bayarassou. Vielen Dank auch für den Ausblick.

Dann habe ich eine Wortmeldung von Alexianer Münster GmbH, Krämer, Olschewski.

**Herr Krämer (Alexianer):** Ich wollte noch einmal eine Frage als betreuende Einrichtung dann stellen und mich ein bisschen an die Aussage von Frau Nelißen anschließen. Wir sind ja als Einrichtung, die einen Platz zur Einschätzung des Weaning-Potenzials sucht, so ein bisschen die Letzten in der Reihe, die sich dann da auf die Suche machen. Wie ist das für mich, wenn es eine rechtliche Vorgabe dann gibt, dass so ein Verfahren eingeleitet werden muss und die Verordnung des Arztes auch ausläuft? Wie ist die rechtliche Situation? Wer ist dann schlussendlich verantwortlich, diesen Weaning-Platz wirklich zur Verfügung zu stellen, wenn dann der betroffene Mensch sagt: Ich brauche diesen Platz, ich möchte ihn haben, aber es ist einfach keiner im Angebot?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für die sehr konkrete Frage, wer auch immer sie beantworten kann.

**Herr Dr. Geiseler (DG Pneumologie):** Ich würde auf die Frage antworten. Es geht primär darum, dass das Weaning-Potenzial abgeschätzt wird, damit nicht Leute draußen unnötig lange

invasiv beatmet in einer außerklinischen Intensivpflege, in einer WG oder einem Beatmungspflegeheim verbringen müssen.

Es geht nicht um die korrekte Übernahme in das Weaning-Zentrum, die sicherlich ein bisschen Zeit braucht, wir haben es ja auch von Herrn Groß gehört, im Bereich der neurologischen Rehabilitation. Aber es geht darum, dass regelmäßig überprüft wird, und da kann ich mich, was ich vorhin gesagt habe und was auch Herr Jaschke gesagt hat, nur Herrn Jaschke anschließen: Telemedizin. Es gibt viele Möglichkeiten, das Potenzial zumindest zu überprüfen. Dass der Weaning-Prozess nachher funktioniert, ist ja damit nicht gesagt. Aber der Patient sollte dann die Chance einer Wiederaufnahme in ein Expertenzentrum bekommen, und dort sollte es versucht werden. Es geht nicht darum, dass das gleich nach dem Ablauf der drei Monate erledigt sein muss.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Es gibt jetzt hier Meldungen, ich hätte Menschen übersprungen – das glaube ich jetzt noch gar nicht. Aber auch dieser Themenkomplex, und ich glaube die gesamte Problematik ist sehr deutlich geworden. Ich würde dies dann mit der jetzt vorhandenen Rednerliste auch beenden wollen.

Ich habe jetzt eine Wortmeldung von Frau Herold-Majumdar; dann eine Wortmeldung von Herrn oder Frau Hallwachs; eine Wortmeldung von Herrn oder Frau Nentwig; eine Wortmeldung von Herrn Jaschke noch einmal; eine Wortmeldung von der AOK Niedersachsen; eine Wortmeldung noch einmal von Frau Herold-Majumdar – nein, das ist nur die Erinnerung; und eine Wortmeldung von Herrn oder Frau Gutschmidt. – Und dann sollten wir uns weiteren Themen zuwenden. – Also, es beginnt jetzt Frau Herold-Majumdar.

**Frau Prof. Dr. Herold-Majumdar (DGSMP):** Danke! – Die AG Pflege der DGSMP hat sich dem Vorschlag DIGAB e. V. angeschlossen, eine spezialisierte ambulante Beatmungsversorgung hier zu etablieren, die wesentlich dezentraler und näher an den pflegebedürftigen Personen die Weaning-Potenzialeinschätzung gegebenenfalls durchführen kann.

Gerne hätte ich noch einen Punkt erwähnt bezüglich angebotsinduzierter Nachfrage: Das war in der ganzen Diskussion in den letzten Monaten ein großes Thema. Wie können einer angebotsinduzierten Nachfrage und interessen geleiteter Weaningentscheidungen entgegengewirkt werden?

Dazu möchte ich noch einmal zu bedenken geben, dass natürlich diese interessen geleiteten Entscheidungen in beide Richtungen gehen können. Es kann jetzt nämlich eine angebotsinduzierte Nachfrage in Bezug auf die Weaningzentren entstehen. Denn auch das ist jetzt gegebenenfalls ein interessantes Geschäftsfeld.

Ich glaube, die Aufgabe einer Richtlinie müsste sein, hier weniger konkret in die klinische Entscheidungsfindung einzugreifen, als Rahmenbedingungen zu schaffen für eine wirklich partizipative Entscheidungsfindung – das heißt nicht nur unter Einbeziehung, sondern wirklich die pflegebedürftige Person beziehungsweise ihre gesetzliche Vertretung hier ganz aktiv mit Entscheidungsmacht unter Ausgleich der Interessenlagen auch auszustatten. Also ich glaube, das ist wichtig, dass eine Richtlinie hier Vorgaben macht, wie Interessenlagen ausgeglichen werden können. Wie kann auch einer angebotsinduzierten Nachfrage entgegengewirkt werden?

Da könnte ich mir wirklich vorstellen, dass spezialisierte ambulante Beatmungsversorgungsstrukturen, die interdisziplinär und auch interinstitutionell aufgesetzt sind, da positiv wirken können. Aber sicher kann die DIGAB e. V. mehr zu ihrem Vorschlag sagen: spezialisierte ambulante Beatmungsversorgung in Anlehnung an die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. – Vielen Dank!

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, auch für die Ausblicke in die Zukunft. Trotzdem führe ich ein bisschen auf unseren Richtlinien-Entwurf zurück. Das bitte ich jetzt nur bei den weiteren Wortbeiträgen zu berücksichtigen.

Ich habe jetzt eine Wortmeldung von Frau Hallwachs für GKV-IPReG -Think Tank.

**Frau Hallwachs (Think Tank):** Vielen Dank! – Ich möchte kurz zu meiner Person sagen: Ich bin selbst seit fast 30 Jahren invasiv beatmet – mit Luftröhrenschnitt – und höre gerade mit etwas offenem Mund zu. Ich weiß nicht, ob Sie sich die Realität im Moment im Alltag von uns Menschen mit Beatmung vorstellen können?

Ein Weaning macht man nicht mal so drei Tage im Krankenhaus. Sondern das ist ein Prozess, der psychisch extremst anstrengend ist, insbesondere mit der Idee, dass es vielleicht gar nicht klappen könnte. Wenn ich mir vorstellen, dass ich so etwas alle sechs Monate machen müsste, danach brauche ich drei Monate, um mich zu erholen; und dann muss ich wieder ins Krankenhaus zurück, um das gleiche zu testen. Das ist psychisch und menschlich eigentlich fast gar nicht machbar.

Es ist tatsächlich jetzt im Moment Alltag, wenn ich ins Krankenhaus muss – ich habe es gerade selber erlebt –, rufe ich dort an und sage: „Ich muss kommen, ich habe ein Problem.“ Dann sagen sie: „Wunderbar, du kannst gerne kommen, aber wir können deine Pflege im Moment nicht sicherstellen. Das heißt, du musst deine Pflege mit ins Krankenhaus bringen, sonst können wir dich pflegerisch nicht gut versorgen.“ Und auch das ist leider Realität des Alltags, wenn man dann sagt: „Okay, mein Problem, was ich gerade habe, ist so schwerwiegend, dass ich trotzdem kommen muss.“ Dann ist es in der Regel so, dass ich zurückkomme mit einer Dekubitusstelle, weil niemand die Zeit hatte, mich zu drehen; mit einem Blaseninfekt, weil niemand Zeit hatte mir oft genug zu trinken zu geben; dass meine Psyche komplett durch ist, weil ich rufe, und es kann niemand kommen. Man muss absaugen; ich muss noch eine halbe Stunde warten. – Mir bleibt der Mund etwas offen stehen, dass man über so etwas überhaupt diskutieren kann.

Ich mache seit fast 30 Jahren viel Beratung für Menschen, die beatmet sind. Ich weiß, dass es so gut wie allen anderen ganz genauso geht. – Danke schön!

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Hallwachs. – Ich gebe jetzt weiter an Herrn Nentwig vom SHP

**Herr Nentwig (SHP):** Ich bin der Vorsitzende des Selbsthilfebundesverbandes Schädel-Hirnpatienten in Not – Deutsche Wachkoma Gesellschaft.

Die überwiegende Patientengruppe, von der wir sprechen, ist die Gruppe der neurologischen Patienten. Da sprechen wir über eine Gruppe von etwa 40 000. Für die ist es ganz wichtig, dass das Tracheostoma entfernt wird, dass es verschlossen wird. Denn man hat ja eine ganz andere Qualität der Rehabilitation. Hier dringen die Keime ein. Wenn es verschlossen ist, kann man auch aufrichten, man kann anders therapieren. Es ist eine völlig andere Lebensqualität. Deshalb ist es ganz wichtig, dass wir jede Chance nutzen, dieses abzutrainieren.

Die Aussage: Wenn einmal festgestellt wird, dass man nicht abtrainieren kann, ist ein völliger Unsinn. Das gibt es nicht. Das kann keiner vorbestimmen. Deshalb ist schon eine gewisse Zeit, nach dem es wieder überprüft muss, ob es möglich ist und ob es geht, unbedingt vonnöten. Das ist ganz wichtig, um dieses Rehabilitationspotenzial offenzuhalten.

Sicher, ein halbes Jahr ist eine gute Zeit – denke ich. Man sollte das aber nicht so sehr nach oben weiter verschieben wollen, aus welchen Gründen auch immer. Denn die Lebensqualität der neurologischen Patienten, das ist die überwiegende große Gruppe unserer Patienten,

muss beachtet werden. Besonders war es oft so, dass diese Patienten dann einfach in die Pflege verschoben wurden, und es wurde nie mehr etwas überprüft. Das kann nicht sein!

Ich weiß, dass es die Versorgung derzeit nicht gibt. Diese Weaningzentren müssen aufgebaut werden. Das werden wir aber auch schaffen, so viel wir in der neurologischen Rehabilitation in den 30 Aufbaujahren ja alles bewältigt haben. Das werden wir auch schaffen; die Potenziale sind vorhanden.

Also ich plädiere dafür, dass wir entweder bei einem halben Jahr bleiben, aber keinesfalls dann weiter diese Terminierung nach oben verschieben. – Danke!

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für diesen Wortbeitrag, Herr Nentwig. – Jetzt habe ich noch einmal eine Wortmeldung von Herrn Jaschke.

**Herr Jaschke (Fachpflege Gruppe):** Vielen Dank! – Vielleicht gleich noch einmal, um mit einem Mysterium aufzuräumen: In Deutschland wird niemand gegen seinen Willen beatmet oder intensiv versorgt. Das ist ganz am Anfang schon gefallen, das ist nichts, was man sich aussucht und nichts, was man sich wünscht.

Jeder Mensch, den wir zumindest hier versorgen, wird nach seinen Ressourcen und auch nach seinen Potenzialen versorgt. Insofern kann ich niemanden vorschreiben, nur, weil er eventuell ein Weaningpotenzial oder ein Entwöhnungspotenzial, und auch ein Dekanülierungspotenzial hat, dass er das machen muss. Sondern ich muss es absprechen mit den betroffenen Menschen. Es sind 27 000 bis 30 000 Einzelfälle. Sie müssen alle individuell betrachtet werden. Und nur mit dem Zusammenschluss von An- und Zugehörigen ist es überhaupt möglich.

Deswegen: Es mag sicherlich sein – und ist Gesetz, und auch die Richtlinie zielt natürlich darauf ab –, dass wir keine unnötigen Versorgungen da draußen machen. Aber wir haben in der Regel nicht das Problem, dass wir zu wenig Versorgung angeboten bekommen, sondern dass wir gar keine Fachkräfte haben, um sie zu versorgen. Insofern möchte ich doch bitten, dass wir eine Diskussion führen, nicht über Unsinnigkeit oder Sinnhaftigkeit von Zwangsweaningpotenzialanalysen oder Dekanülierungsmaßnahmen, sondern dass einfach auf der Realität, die sich da draußen abbildet, entgegengestellt – wie auch Dr. Geiseler sagt – mit 57 oder 60 Weaningzentren können wir keine 30 000 Menschen regelmäßig jedes halbe Jahr dort vorstellig werden lassen. Das würde bedeuten, dass wir 1 000 Besuche pro Jahr, pro Weaningzentrum bekommen. Wie das funktionieren soll, ist mir ein Rätsel. – Vielen Dank!

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Jaschke! – Ich mache jetzt aber doch auch noch einmal darauf aufmerksam, dass wir, wenn diese Rednerliste mit Herrn Groß zu Ende ist, diesen Punkt verlassen sollten.

Ich habe jetzt die Wortmeldung von Herrn Rode und Herrn Grieger. – Bitte.

**Herr Rode (AOK Niedersachsen):** Herzlichen Dank! – Es gibt zwei Anmerkungen von unserer Seite. Vorhin kam die Frage auf: Können die Krankenkassen eigentlich in Bezug auf die Koordination der ganzen Beteiligten, der ganzen Leistungserbringer, auch in Bezug auf das Entlassmanagement mit unterstützen? Aus unserer Sicht, ja.

Beispielsweise in Niedersachsen haben wir ein Team, das die Sachbearbeitung und das Fallmanagement für die Patienten in der außerklinischen Intensivpflege machen, die wir in Niedersachsen betreuen. Das sind Pflegekräfte, zum Teil Intensivpflegekräfte, die alle Erfahrungen genau mit diesen Patienten haben, teils aus eigener beruflicher Erfahrung, teils aus der Intensivversorgung oder auch in Weaningzentren. Das heißt, ich glaube, da können die Krankenkassen durchaus eine entsprechende Rolle spielen.

Der zweite Punkt ist, was Herr Jaschke, glaube ich, vorher gesagt hatte, Stichwort Telemedizin: Ich bin an sich immer ein großer Freund von Telemedizin. Man muss nur, glaube ich, gucken, was damit gemeint ist. Man ist sehr schnell bei dem Gedanken, man macht eine Videosprechstunde. Ich glaube, das ist nicht das, worüber wir hier in Bezug auf Telemedizin sprechen. Sondern, wenn ich über telemedizinische Möglichkeiten ein Weaningpotenzial feststelle, dann muss ich das an sich mit den gleichen Möglichkeiten, mit den gleichen Maßgaben, mit den gleichen Untersuchungen machen, wie ich das auch sonst vor Ort hätte machen können, sonst habe ich einen deutlichen Qualitätsverlust in der Untersuchung. Sogar, wenn man hineinschreibt telemedizinische Möglichkeiten, sollte es sich an dem orientieren, was sowieso in der Untersuchung, in der Potenzialfeststellung gefordert ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich habe jetzt eine Wortmeldung von Frau Schuster. Wobei ich nicht sicher bin, ob sie nicht schon dran waren zu dem Thema. – Frau Schuster, bitte.

**Frau Schuster (IPT):** Das hat sich erledigt. Wir machen weiter.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Dann habe ich als nächstes eine Wortmeldung von Herrn Gutschmidt.

**Herr Gutschmidt (FDST):** Einen schönen guten Tag an alle! – Ich bin Atmungstherapeut in der außerklinischen Versorgung in der neurologischen Rehabilitation. Gemeldet habe ich mich mit meiner Wortmeldung, weil ich bei Herrn Geiseler aufspringen wollte und zumal jetzt noch der Nentwig und der Herr Jaschke dazukamen.

Um die Menschen nicht durchs Raster fallen zu lassen in der ambulanten Versorgung, sollten gute sektorenübergreifende Strukturen geschaffen werden. Dazu gehört meines Erachtens nach nicht nur das Fachpersonal, sondern diejenigen, die das Fachpersonal mit dem neuen Berufsfeld Atmungstherapeut in der außerklinischen Versorgung entlasten sollten. Denn die sind dafür geschaffen, um Potenziale zu erkennen, um zu entlasten und vor allem auch eine gute Zusammenarbeit mit angegliederten Kliniken durchzuführen. Dadurch haben wir – wie Herr Nentwig es sagt – ein bestmögliches Outcome für die Menschen, die tracheotomiert sind und es vielleicht gar nicht mehr benötigen. Wie Herr Geiseler sagte, wir könnten es erkennen. Und wie Herr Jaschke es sagte, es bedarf aber Fachpersonal und Leute, die Zeit haben, sich damit auseinanderzusetzen.

Das wiederum führt zu dem Punkt, dass man weitestgehend darüber nachdenken sollte, über zertifizierte außerklinische Intensivversorgungsformen nachzudenken, damit das ganze Thema qualifizierter durchgeführt werden kann. – Danke!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich habe jetzt als nächstes eine Wortmeldung von Herrn Porwoll.

**Herr Porwoll (CCS):** Ich möchte für die nicht richtigen Stellungen an dieser Stelle sehr problematischen Teil aufmerksam machen, dass wir hier eine sehr heterogen aufgestellte Patientenschaft haben mit ganz unterschiedlichen Interessen. Das haben wir jetzt vielleicht gerade in der Diskussion ganz deutlich vor Augen geführt bekommen, insbesondere durch den Beitragsentwurf von Herrn Nentwig, dem ich mich sehr gerne anschließen möchte, weil das auch unsere alltägliche Beratungspraxis unterstreicht, dass diese Patientengruppe mit ganz individuellen Bedürfnissen im Moment nicht so sehr im Fokus ist.

Man kann diese Gruppe mit den Bedürfnissen insbesondere, wenn wir die Verpflichtung, eine halbjährliche Weaningüberprüfung zu machen oder Weaningpotenzialüberprüfung zu machen, nicht mit Patienten aus dem Bereich ALS oder Hoher Querschnitt vergleichen. Für die bedeutet es sicherlich eine – und da stimme ich den Wortmeldungen hier auch zu – zusätzliche und unnötige Belastung.

Es ist allerdings der Fokus darauf zu legen, dass im Bereich der Schädel-Hirnpatienten dieses im Moment nicht in adäquater Art und Weise erfolgt. Das ist auch das Ergebnis unserer alltäglichen Beratungspraxis. – Dies als Wortmeldung von uns.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! Sie haben für die complex care solutions gesprochen, richtig? Vielen Dank für den Beitrag. – Ich übergebe jetzt an Herrn Groß, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg.

**Herr Dr. Groß (EV OL):** Auch ganz kurz von meiner Seite. Ich wollte auch auf Herrn Nentwig etwas kommentieren. – Wir haben aus meiner Sicht sehr, sehr viel über Beatmung geredet in der zentralen außerklinischen Intensivpflege. Bei den neurologischen Patienten, die dort über 50 Prozent der Klientel stellen, ist es sicher die Dekanülierung. Dafür brauchen wir interdisziplinäre atmungstherapeutisch und logopädisch Konzepte – das ist ja im § 10 weiter ausgeführt –, die streng intersektoral arbeiten, natürlich auch mit telemedizinischer Unterstützung, wenn es möglich ist, und entsprechend an die Zentren angebunden sind, also für die neurologischen Patienten gerade durch die medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung außerordentlich geeignet, solche Leistungen zu erbringen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich würde diesen Inhalt an dieser Stelle schließen wollen. Ich könnte mich jetzt an die Mitglieder des Unterausschusses wenden mit der Frage: Welche nächsten Fragen haben Sie? Aus meiner Wahrnehmung wäre noch das Thema „Rückzugspflege“ offen. Es wäre noch die Frage, ob wir zu den Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen noch Fragen haben. Auch dazu haben wir reichlich Stellungnahmen und Anmerkungen bekommen. Deswegen zunächst meine Frage an die Patientenvertretung: Zu welchem weiteren Bereich haben Sie Fragen? – Patientenvertretung.

**PatV:** Vielen Dank, Frau Lelgemann! – Wir haben auch noch eine Frage zum Thema „Qualifikation der Ärzte“. Das Thema hatten wir auch noch angekündigt. Da stellt sich für uns die Frage: Welche Fachärzte nach Einschätzung der Stellungnehmer bei Versicherten, bei denen die Beatmung beziehungsweise die Trachealkanüle dauerhaft indiziert ist oder wo keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zugrundeliegenden Funktionsstörung besteht, die regelmäßige Potenzialerhebung und -prüfung zur Therapieoptimierung durchführen sollen? Dazu würden wir gerne Herrn Dr. Hirschfeld von der DGMP befragen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Also zunächst erst einmal das Thema „Qualifikation der Ärzte“ in der Konkretisierung. Das bitte ich auch, bei den jetzigen Wortmeldungen zu berücksichtigen. – Bitte.

**Herr Dr. Hirschfeld (DMGP):** Vielen Dank, dass ich das Wort in dieser doch relativ wichtigen Frage haben darf. – Zunächst ist festzuhalten: Die ganze Diskussion eben auch in dem Weaningbereich; wir haben, was die Qualifikation der niedergelassenen Ärzte angeht, ein erheblich buntes Bild zu bieten da draußen. Aber was wir nicht bieten können, ist die Erfahrung im Beatmungsbereich.

Meine doch jahrzehntelange Erfahrung ist, dass ich im niedergelassenen Bereich kaum KollegInnen finde, die sich mit der Materie beschäftigen können. Nicht, weil sie es nicht wollen oder nicht, weil sie es fachlich nicht könnten, sondern schlicht und einfach, weil sie keine Zeit haben und weil sie mit ihren Praxisbetrieben sehr viel zu tun haben.

Das heißt also, die Detektion und die Weiterverordnung all dieser Dinge, die wir heute besprechen, von Niedergelassenen zu verlangen und auch zu fordern, welche Qualifikation auch immer, bedarf erst einmal einer Schulung dieser KollegInnen und auch der Bereitschaft. Trotzdem sehe ich aus meiner praktischen Erfahrung, dass das mit Sicherheit ein Riesenproblem ist und derzeit mit der Facharztlandschaft da draußen nicht realisiert werden kann.

Zu den Qualifikationen – und das ist die konkrete Frage, die wir in der DMGP sehr, sehr massiv besprochen haben und auch diskutiert haben – ist es so: Wir haben in der DMGP in den Querschnittszentren ein Sammelsurium an Facharzt-KollegInnen. Wir haben von Chirurgen, Internisten, dann auch internistische spezialisierte Pneumologen, Allgemeinmediziner, Neurochirurgen, Neurologen, alles zu bieten.

Eines ist völlig klar, und vielleicht ist das aus unserer Fachgesellschaft auch andere projizierbar: Es kommt primär nicht auf die Art des Facharztstitels an. Sondern es kommt in unserem Bereich – und wahrscheinlich auch in anderen Bereichen – auf die Zeitachse an, die Erfahrung, die Arbeit mit den jeweiligen Patientengruppen.

Wenn wir uns anschauen die Liste, die hier vorgeschlagen wurde, fehlen uns natürlich in den Querschnittszentren die Chirurgen, die einen Großteil der Behandlung mitmachen. Es fehlen die Allgemeinmediziner, die in ihrer Zahl immer häufiger werden. Aber ganz entscheidend ist die Zeitachse, die man letztendlich in der jeweiligen Patientengruppe gearbeitet haben muss, und zwar plädieren wir da wirklich mit Jahren. Zwischen drei und fünf Jahren ist das Minimum.

Lassen Sie mich noch ein Wort sagen zur konkreten Fragestellung der Therapien: Wenn wir tatsächlich sehen, dass Weaningpotenzial nicht vorliegt – und das ist bei unseren Patienten, das hatte ich vorhin schon erwähnt im Regelfall relativ schnell klar. Die Erstbehandlung dauert zwischen einem dreiviertel und einem Jahr. Was in dieser Zeit an Potenzial kommt, sehen wir, detektieren wir, wir besprechen es mit den PatientInnen und können dann dementsprechend das Weaning noch einleiten.

Sollten sich – und das sind vielleicht zehn Prozent aller Patienten über das gesamte Bundesgebiet gesehen im Querschnittsbereich – noch zusätzliche Funktionen einstellen, dann werden die nicht detektiert über die hausärztlichen KollegInnen oder weiterbehandelnden Fachärzte draußen niedergelassen, sondern in überwältigender Mehrheit durch das Team vor Ort oder durch TherapeutInnen, die dort arbeiten.

Somit sind die Fachärzte draußen mit der Fragestellung Weaningpotenzial und auch weitere Therapieoptionen, also Physiotherapie, Ergotherapie, Hilfsmittelversorgung und auch Logopädie, maßlos überfordert. Die Struktur, wie sie jetzt vorherrscht in diesem Gesundheitswesen wird das nicht hergeben. Es wird also – wie wir das auch schon hier die ganze Zeit diskutieren – auf die Zentren verlagert werden müssen der jeweiligen Patientengruppen. Diese können dann, nach welchem Zeitraum auch immer – da gab es ja jetzt sehr, sehr viele verschiedene Ansichten – können nur dort beurteilt werden. Im häuslichen Bereich haben wir den wertvollen Input durch die Pflgeteams und die Therapeuten vor Ort.

Trotzdem: Die Verordnung, die ärztliche Feststellung kann im Moment nur flächendeckend – da bin ich mir ganz sicher, nach meinen Erfahrungen und die sind mittlerweile jetzt 30 Jahre in diesem Bereich – nicht von den Niedergelassenen geleistet werden. Das muss in den Spezialzentren erfolgen.

Noch einmal einen Kommentar zu Frau Hallwachs und auch Herrn Nentwig: Ich werde und kann als Arzt nur in meinem Weaning-Spezialbereich Angebote machen. Ich werde auch bei bestimmten Weaningpotenzialen abraten, weil es für den Patienten oder den Betroffenen, die Betroffene, viel zu anstrengend ist, hier noch weiter zu intervenieren. Aber ich werde es auch akzeptieren, und zwar zu einhundert Prozent akzeptieren, wenn die oder der Betroffene sagt an dieser Stelle: „Die Spontanatemzeit, die mir jetzt geboten werden würde über ein

Weaningversuch, ist es mir nicht Wert. Ich habe keine Lebensqualität darunter. Mit der Beatmung geht es mir besser.“ Und dieser Punkt ist der Punkt, der in dieser Gesetzesform sehr, sehr wenig bis gar nicht betrachtet wird. – Also das ist meine Antwort zum Bereich der Therapie.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Hirschfeld. – Es hat auch jetzt unmittelbar Herr Nentwig das Wort. Also insofern passt das gut. Ich habe noch eine Wortmeldung von Herrn Geiseler, dann von Herrn Bayarassou, dann zweimal Thoraxklinik Heidelberg und dann Hals-Nasen-Ohren-Fachgesellschaft, Herr Deitmer und dann noch weitere Wortmeldungen. Ich würde dann aber auch mit Frau Schuster die Rednerliste an dieser Stelle – Sie können sie ja alle einsehen – schließen. – Bitte, Herr Nentwig, Sie haben das Wort.

**Herr Nentwig (SHP):** Gehe ich richtigerweise davon aus, dass wir jetzt beim Themenpunkt „Qualifizierung der Ärzte“ sind? Oder erweitert sich immer wieder die Rednerliste zum vorhergehenden Punkt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Nein, wir sind beim Punkt „Qualifizierung der Ärzte“ und auch genau dazu hat sich Herr Hirschfeld eben geäußert.

**Herr Nentwig (SHP):** Dann zu diesem Punkt „Qualifizierung der Ärzte“ ist es mir als selbstbetroffener Vater ganz wichtig, etwas zu sagen. – Die neurologische Rehabilitation, die wir als Betroffene letztlich bekanntgemacht haben und dann ganz massiv den Aufbau der neurologischen Rehabilitationsphasen eingeleitet und auch durchgesetzt haben in den jeweiligen Bundesländern, ist jetzt 30 Jahre her.

In den 30 Jahren waren es überwiegend die niedergelassenen Ärzte und die Hausärzte, die in den Einrichtungen Phase B – Frührehabilitation – bis hin zur Phase F für Langzeitbegleitung, Therapie und Pflege die Arbeit, geleistet haben. Verzweifelt wurden da Spezialisten gesucht. Ich stelle einmal bewusst die feststellen Frage: Wo waren in diesen 30 Jahren alle die Spezialisten, die jetzt mitreden wollen, mitreden und die sich plötzlich zur Verfügung stellen. Es waren in den Einrichtungen überwiegend einzelne Allgemeinärzte, die sich völlig in das Thema einarbeiten mussten. Es gab ja bei den Medizinern vorher auch keinerlei Ausbildung in diesem Bereich der Neuro-Rehabilitation. Und das ist die überwiegend größte Gruppe, über die wir jetzt reden. Es wird immer über viele kleine Gruppen gesprochen, aber unsere neurologischen Patienten ist ja die Hauptgruppe, auch gerade für dieses Gesetz.

Ich kann da nur sagen: Zu befürworten ist, dass die Hausärzte, die Kinderärzte, aber auch viele Fachärzte, nicht nur die Neurologen – die Neurologen war da meistens recht selten gesehen und haben sich auch sehr rar gemacht –, dass die jetzt nicht plötzlich beiseitegeschoben werden und man sagt, die Erfahrung, die Jahrzehnte bei diesen Medizinern ist, dass die nun auf die Seite gestellt wird und geringgeschätzt wird. Das wäre sehr undankbar und würde auch nicht die Realität helfen.

Ich denke an die vielen ländlichen Regionen, wo Familien sind, die zuhause überwiegend die Betreuung, Therapie und Pflege ihrer neurologischen Patienten, die im Koma, im Wachkoma sind. Das Krankheitsbild heißt ja „apallisches Durchgangssyndrom“. Das ist eine Stufenkrankheit, die sich über Jahre hin erstrecken kann. Die Arbeit, die überwiegend geleistet wurde, auch bei den zuhause betreuenden und pflegenden Familien, ist bisher fast ausschließlich von Allgemeinärzten geleistet worden. Die haben in den vergangenen drei Jahrzehnten, und das sind die 30 Jahre, in der es die Rehabilitation flächendeckend und durchgängig im Bundesgebiet überhaupt gibt, die Hauptarbeit geleistet.

Das ist mir wichtig, dass ich das anspreche, für diese Mediziner eine Lanze breche, einen großen Respekt sage und ein herzliches Dankeschön. Ich möchte nicht, dass die nun zur Seite gedrängt werden, weil nun plötzlich andere Gruppen dieses Themenfeld entdecken. Ich frage

mich nur: Wo sind die alle in den letzten 30 Jahren gewesen? Es war eine himmelschreiende Not. Und es war sehr schwer, Mediziner zu finden, die diese aufopferungsvolle Arbeit überhaupt geleistet haben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Nentwig! – Ich übergebe jetzt an Herrn Geiseler.

**Herr Dr. Geiseler (DG Pneumologie):** Danke, dass ich auch meine Meinung dazu sagen kann. – Ich möchte Herrn Nentwig in vielen Punkten recht geben: Die Versorgung in den letzten Jahren war sicherlich suboptimal.

Ich rede aber definitiv über die Gruppe mit Weaningversagen. Das ist eine ganz andere Gruppe als die PatientInnen mit neurologischem Rehabilitationsbedarf. Und wir sehen da doch einen erheblichen Bedarf an einer qualifizierten ärztlichen Indikationsstellung auf der einen Seite. Wenn es die nämlich geben würde, würden wir über viele Patienten mit prolongierten Weaning, die ohne Indikation draußen beatmet werden – wir wissen 85 Prozent der Patienten gehen aus nicht spezialisierten Weaningzentren in die außerklinische invasive Beatmung – reden.

Zweitens: Wenn wir eine qualifizierte Versorgung im ambulanten Bereich hätten, wäre das auch, glaube ich, nicht so wichtig, jetzt über Mindestintervalle der neuerlichen Überprüfung des Weaningpotenzials zu reden.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie sieht in dieser ausweichenden ärztlichen Qualifikation sowohl, was die Indikationsstellung – das ist der stationäre Bereich –, aber auch, was die weitere Betreuung der Patienten bezüglich ihres Weaningpotenzial angeht und der ganzen weiteren Betreuung – Therapeuten et cetera; Herr Hirschfeld hatte das ja auch erwähnt – einen ganz entscheidenden Baustein für ein funktionieren dieser Richtlinie.

Da muss man sagen, haben wir große Bedenken, dass dies allein durch die niedergelassenen Kollegen ableisten zu lassen. Als Beispiel: Der KBV-Vertrag von 2018 setzt eine Ausbildung in der Intensivmedizin für Kollegen in der Pneumologie mit einer dreimonatigen Arbeit und der Ableistung von sage und schreibe 18 E-Einheiten, das heißt, achtmal 45 Minuten Fortbildung, gleich mit der Facharztausbildung für Intensivmedizin und eine jahrelangen Erfahrung, wie Herr Hirschfeld gesagt hat, in der Betreuung dieser Patienten. Das kann es nicht sein.

Ich bin mir vollkommen im Klaren, dass wir auch aus den Weaningzentren nicht eine komplette Übernahme der außerklinischen Betreuung im ärztlichen Bereich übernehmen können. Aber das Angebot wäre: Wenn die Sektorengrenzen geöffnet werden, dass wir durchaus nicht nur ärztlich, sondern auch mit Atmungstherapeuten – sei es als niedergelassen, selbständig Arbeitende, oder über die Atmungstherapeuten, die in unseren Zentren arbeiten – sehr viel Gutes beitragen könnten zur Versorgung der Patienten.

Wir möchte gerne eine Lanze für eine möglichst hochwertige medizinisch-ärztliche Versorgung dieser Patienten brechen, vor allen Dingen, was die Indikationsstellung und auch die Überprüfung des Weaningpotenzials angeht. – Herzlichen Dank!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Geiseler! – Ich möchte trotzdem alle jetzt dann Aufgerufenen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, sonst haben wir keine Möglichkeit mehr, noch andere Themen anzusprechen und sich auch zu überlegen: Ist es erforderlich, dass Sie noch einmal einen eigenen Beitrag dazu leisten, oder sind die Punkte bereits angesprochen worden.

Wir sind bei der „Qualifikation der Ärzte“, der Frage der Patientenvertretung. – Herr Bayarassou für GKV-IPReG Think Tank.

**Herr Dr. Bayarassou (Think Tank):** Vielen Dank für das Wort. – Ich kann mich nur anschließen, deshalb nur kurz: Ich denke, es kommt auf die Erfahrung an, wie Herr Hirschfeld und Herr Geiseler gesagt haben. Ich will es gar nicht so trennen nur ambulant, nur stationär, sondern gemeinsam.

Ich glaube, hier ist eben etwas herausgekommen – ich kenne jetzt noch einmal die andere Seite der Medaille: Aus einem laufenden Praxisbetrieb werden Sie keinen Arzt finden in der Niederlassung, der einfach so die Hausbesuche machen wird. Das ist Prinzip ganz klar auch noch einmal ein Appell an die GKV, dass man da für die Kollegen, die vielleicht sogar doch qualifiziert wären oder sich noch qualifizieren könnten und dann auch Erfahrungen sammeln, denn der Nachwuchs fehlt uns auf allen Ebenen, in allen Berufsgruppen, das brauchen wir gar nicht diskutieren, weil auch teilweise die einzelnen Fächer mittlerweile von jüngeren Menschen eher nach Life-Balance ausgesucht werden, als wirklich nach tatsächlicher Expertise und vielleicht Sehnsüchten und Visionen.

Aber es muss zusätzliche Freiräume geben; es muss neue Arbeitsplatzmodelle geben, die man implementieren kann. Wir haben genug Personal – das wird jeder Klinikleiter auch verstehen – die Mentalität unserer Mitarbeiter hat sich verändert. Vielleicht müssen da auch mit der Zeit mitgehen und auch einfach andere Arbeitsplätze – ambulant, stationär, vor Ort, im Auto wie auch immer – anbieten. In diese Richtung kann ich nur plädieren, zu denken.

Ich würde auf keinen Fall die Qualifikation so niedrig setzen – und das erleben wir immer wieder anhand der Anrufe, die dann auch kommen, sowohl bei Ärzten als auch in der Pflege, muss man sagen, deshalb finde ich es sehr gut; es gibt Berufsbereiche – und da möchte ich auch das Team der Atmungstherapeuten noch einmal eindeutig hervorheben –, die bewusst sich für so einen Job entscheiden, und die können der verlängerte Arm, und gerne auch digital, sein für den Arzt auch im Zentrum stationär, im Zentrum ambulant. Denn gerade die Coronazeit hat uns gezeigt, hat die Digitalisierung auch noch einmal vorangetrieben.

Aber einen Satz noch: Es geht alles nur dann, wenn das Ganze nicht nur ein teures Hobby ist Klammer auf Vergütung, Klammer zu Punkt, Punkt, Punkt. – Vielen Dank!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich würde auch bei den Wortbeiträgen bitten, sich – auch, wenn das wichtig ist – auf das zu beschränken, was wir überhaupt nur in dieser Richtlinie regeln können.

Vor diesem Hintergrund habe ich jetzt zwei Meldungen von der Thoraxklinik Heidelberg. – Wer möchte von Ihnen sprechen?

**Herr Prof. Herth (Thoraxklinik Heidelberg):** Ich kann die Vorredner nur kurz unterstützen. – Ich glaube das Sektorenübergreifende muss geregelt werden, dass Krankenhäuser, die in der Regel das Weaningzentrum stellen, auch ambulant tätig werden können, was wir in vielen Fällen nicht können.

Ich glaube, man muss aufgrund des Mangels an Ärzten die Atmungstherapeuten da sicher eng mit einbinden. Denn das ist eine Berufsgruppe, die viel Erfahrungen hat.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Herr Albert, haben Sie eine Ergänzung?

**Herr Albert (Thoraxklinik Heidelberg):** Gerne, ja, auch für die Thoraxklinik ergänzend. – Ich wollte aus der Sicht von der Weaningklinik noch einmal ganz klar ausdrücken, dass es kein Weaning gibt, ohne Einwilligung des Patienten. Das ist rechtlich nicht möglich und ist praktisch auch nicht umsetzbar.

Frau Hallwachs: Der Weaningversuch würde nicht halbjährlich oder jährlich, oder zu welchen Frequenzen auch immer, durchgeführt werden, wenn er aussichtslos ist. Wir sind trotzdem

der Meinung, dass die Potenzialerhebung, auch, wenn die Ressourcen vielleicht derzeit noch knapp sind, im Weaningzentrum hier auf die größte Kompetenz in der Frage des Weanings treffen.

Wir sind der Meinung, dass man die Problematik der geringen Kapazitäten hier lösen könnte, indem man die Patienten nicht immer vor Ort sieht, nicht immer stationär aufnimmt im Weaningzentrum, sondern beispielsweise über sogenannte Weaningboards, wo erfahrene Beatmungsmediziner zusammen mit Atmungstherapeuten die Patienten vorgestellt bekommen; dass solche Weaningboards diese Potenzialerhebung auch aus der Distanz durchführen könnten, auch mit telemedizinischer Unterstützung gegebenenfalls, und so eben höhere Anzahlen von Patienten bearbeitet werden können.

Wir sind weiter der Meinung, dass wir dort Entscheidungen über verlängerte Fristen treffen können. Dass wir für Patienten mit ALS beispielsweise, wo wir wissen, das sind sehr viele, auch für Querschnittpatienten, wo wir sagen können: Sie müssen überhaupt keine erneute Potenzialfeststellung in der Zukunft erfahren. Dort kann dann vereinfacht die Verordnung weiter verlängert werden.

Und wir sind der Meinung, dass durch frühzeitige Einbindung von Weaningzentren schon auch in der Behandlung von Akutkliniken die Zahl von Beatmungspatienten in der Zukunft auch reduziert werden kann. Und da schlagen wir vor – ich würde das auch in den Chat schreiben –, dass Ideen, die wir derzeit als Modellvorhaben PRiVENT Reduktion von Langzeitbeatmung durch Unterstützung aus den Weaningzentren, dass wir durch solche Ansätze die Zahl von Beatmungspatienten auch so weit reduzieren können, dass sie dort, wo sie am besten zu betreuen sind, in den zertifizierten Weaningzentren, auch ihre Plätze zur Behandlung finden. – Danke schön!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für Ihren Wortbeitrag. – Ich würde Sie allerdings bitten, jetzt nichts in den Chat zu schreiben, wie ich das vorhin auch schon gesagt habe, wir werden sicher andere Kommunikationskanäle finden. Und ich bitte noch einmal, alle – und ich werde jetzt etwas strenger werden – sich auf den konkreten Punkt der Qualifikation der Ärzte, das ging hier natürlich darum, zu beziehen. – Ich übergebe jetzt an Herrn Deitmer für die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Bitte!

**Herr Prof. Dr. Deitmer (DGHNO-KHC):** Vielen Dank für das Wort, Frau Lelgemann! – Was macht HNO bei diesem Thema? Wir nichts dazu beitragen über Weaning und neurologische Probleme. Wir sehen uns Spezialisten für Kanüle, Tracheostoma, obere Atemwegsstenosen und Schlucken. Darum meinen wir, dass wir da beteiligt werden müssen.

Es gibt natürlich viele Tracheostoma, die laufen gut über Jahre. Es gibt aber gerade durch die Dilatationstechnik frische Tracheostomata, wo meinerwegen ein Weaningproblem dadurch entsteht, dass ein Trachealgranulom da ist, da muss Kompetenz rein. Jetzt zu sagen: Da muss regelmäßig ein HNO-Arzt gucken, ist wahrscheinlich übertrieben und würde die Kapazitäten überfordern. Aber man muss die Möglichkeiten niederschwellig in diese Richtlinie einbauen. Es ist manchmal auch so, dass meinerwegen ein Weaning nicht klappt, weil ein Granulom in der Trachea ist. Da muss jemand mit Fachkompetenz reinschauen.

Wir haben viele niedergelassene HNO-Ärzte, die so etwas sicherlich auch leisten könnten und leisten würden, weil sie in Kliniken praktisch alle ausgebildet sind und das Thema kennen. – Damit will ich mich kurzgefasst haben. Danke!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich hatte ja schon gesagt, dass ich die Rednerliste zu dem Thema mit der Wortmeldung von Frau Schuster schließe.

Ich habe jetzt hier Herrn Frevert; dann Frau Nordmann; dann Frau Esser und dann Frau Schuster. Und dann könnten wir zu einem weiteren Punkt kommen, wenn die Patientenvertretung

der Meinung ist, dass ihre Frage ausreichend beantwortet ist. Ich habe nämlich noch weitere Fragen der Patientenvertretung, der GKV und der KBV.

Also nutzen Sie die Chance, sich kurz zu fassen, sonst können wir weitere Themen hier nicht mehr erörtern. – Bitte Herr Frevert, Sie haben das Wort!

**Herr Frevert (NETZWERK Artikel 3):** Vielen Dank für das Wort! – Noch einmal: Hier reden wir über die Qualifikation. Wir haben es auch mit behinderten Menschen zu tun, die – was weiß ich – 60 Jahre lang irgendwie mit Beatmung leben und Erfahrungen haben und sehr wohl irgendwelche bestimmte Ärzte aussuchen können, die für ihre Situation geeignet sind und diese kontaktieren, um weitere Verordnungen zu bekommen.

Diese Kompetenz, diese Qualifikation müssen unter dem Aspekt der menschenrechtlichen Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Das heißt, Sie können nicht einfach den Leuten nur vorschreiben, dass bestimmte Zentren die einzig allein geeigneten sind, um beispielsweise dieses Weaning regelmäßig überprüfen zu lassen. Das ist nicht zielführend und nicht sinnvoll. Denn es gibt, wie beispielsweise den Jens Geiseler, Ärzte, die einfach kompetent sind; die kann ich mir aussuchen; da kann ich hin; da weiß ich, da bekomme ich die entsprechend Versorgung. Aber mich zu irgendeinem Weaningzentrum zu schicken, das ist nicht zielführend und nicht sinnvoll.

Also noch einmal das Plädoyer, an den menschlichen, rechtlichen Aspekt zu denken. Und zu der Qualifikation gehört der Mensch an und für sich. – Danke!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Frevert. – Jetzt Frau Nordmann, bitte.

**Frau Nordmann (KNAIB):** Vielen Dank! – Ich möchte mich dem auch anschließen. Die Frage nach der Qualifikation der Ärzte ist tatsächlich nicht so vorrangig wie die Tatsache, dass wir überhaupt Ärzte haben, die sich dem annehmen. Da kann ich auch den Herrn Nentwig nur unterstützen. Denn wir haben in den letzten 15 Jahren, die ich mitbekommen habe als Krankenschwester in der außerklinischen Intensivpflege, nicht diese wunderbare Auswahl von Fachärzten gehabt, die hier heute anwesend sind. Sondern wir haben Hausärzte, die gänzlich überfordert sind, weil sie – wie schon gesagt – weder zeitlich und teilweise noch fachlich in der Lage waren, zu unterstützen. Da geht es nicht um die Ermittlung der Weaningpotenziale, sondern um die ganz normale Grundversorgung mit Medikamenten, die gebraucht werden beispielsweise auch in palliativen Situationen, in der sich die Betroffenen sehr häufig befinden am Ende ihrer Tage, wo nicht rechtzeitig Verordnungen ausgestellt werden können überhaupt für Morphium.

Also wir haben ein ganz anderes Problem in der pflegerischen Praxis als Weaningpotenziale. Das möchte einfach noch einmal darstellen. Es ist so kurz vor zwölf bei Strukturschaffung. Wenn wir jetzt noch einschränken bei Fachärzten und da noch überlegen, wer könnte es, wer könnte es nicht – ich bin für eine hohe Qualität absolut zu haben. Nur wir haben diese Auswahl doch gar nicht. Wir haben da draußen keine Fachärzte. Es wäre so schön, wenn es mehr MZEB-Plätze gäbe für spezielle außerklinische Intensivpatienten; wenn es mehr Neuro-Früh-Reha-Plätze und Weaningsplätze gäbe. Die gibt es nicht. Wir sind hier in Niedersachsen beispielsweise auf dem platten Land oder auch in Bayern auf dem Land, da gibt es das einfach nicht.

Das muss ich einfach noch einmal sagen. Es funktioniert nicht. Und wo, da stelle ich mir die gleiche Frage wie der Kollege aus der außerklinischen Intensivpflege, wenn das dann nicht dazu kommt, dass Weaningpotenziale ermittelt werden können, weil die Strukturen nicht gegeben sind, was passiert dann mit der Genehmigung der Verordnung? Wird dann abgelehnt, weil einfach keine rechtzeitige Ermittlung der Weaningpotenziale da war, oder Wiedervorstellungsbesuche in den dem vorgegebenen Rhythmus stattgefunden haben? Müssen dann die Patienten jedes Mal kämpfen und monatelang auf eine Intensivversorgung verzichten?

Ich stell mir das in der Praxis sehr, sehr schwer vor. Da muss das definitiv sehr weit gefasst werden. Die Strukturen müssen erst einmal kommen, bevor wir das so umsetzen können, wie das jetzt definiert ist mit den Fachärzten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für das eindrückliche Plädoyer. – Ich habe jetzt die Wortmeldung von Frau Esser und dann von Frau Schuster. Dann würde ich auf weitere Fragen zurückkommen wollen.

Frau Esser bitte, haben Sie Ergänzungsbedarf? Und denken Sie an unsere knappe Zeit!

**Frau Esser (KBB):** – –

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Wir können Sie nicht hören, Frau Esser – Gut, dann würde ich jetzt erst einmal weitergeben an Frau Schuster und dann die Runde für weitere Fragen öffnen.

Frau Schuster, Sie haben auch noch Ergänzungsbedarf zu diesem Punkt?

**Frau Schuster (IPT):** Ja, gerne. – Ich bitte wirklich dringlich, die niedergelassenen Hausärzte und Hals-Nasen-Ohrenärzte in die Qualifikation sowohl für die Feststellung des Intensivpflegebedarfs als auch der Weaningfähigkeit hier in dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

Wir haben jetzt schon die Versorgungsrealität, dass die niedergelassenen Kollegen Teil von exzellent funktionierenden multidisziplinären Teams vor Ort sind. Und diese Leute sind viel näher dran an der täglichen Versorgung und können Weaningpotenziale um ein Vielfaches besser einschätzen in diesen Teams als Weaningzentren, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch dezentral organisiert sind. Wir können es uns nicht leisten, auf diese hoch relevante Versorgung vor Ort im Augenblick zu verzichten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Dann würde ich jetzt weitergeben an die Patientenvertretung. Sie hatten eine weitere Frage. Ich erinnere daran, wenn wir auf die Kinder noch zu sprechen kommen wollen, müssten wir das relativ bald tun.

**PatV:** Zum § 4 ziehe ich zurück, die Frage wurde schon gestellt. – Danke!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Jetzt habe ich eine Frage vom GKV-SV.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Wir haben drei Fragen an drei Organisationen, jeweils die gleichen an die MTK-Kliniken, die DIGAB und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin.

Frage eins, damit fange ich jetzt einmal an, und zwar zu den verordnungsberechtigten Ärzten: Es wurde da gerade schon von der Hausärztin, von dem Hausarzt gesprochen. Hier sieht das Gesetz vor, dass nur besonders qualifizierte Ärzte verordnen dürfen. Wir haben daher vorgesehen, dass die Hausärzte auch verordnen dürfen, wenn sie gewisse Handlungskompetenzen vorweisen. Sie haben das in Ihren Stellungnahmen unterstützt.

Meine Frage wäre: Was würde aus Ihrer Praxiserfahrung passieren, wenn diese Handlungskompetenzen nicht da wären. Hier haben Sie in Ihren Stellungnahmen das noch nicht ganz ausgeführt. Vielleicht können Sie es noch einmal ergänzen, wie dazu Ihre Bewertung ist, damit der Status Quo sich nicht weiter fortsetzt und wie er heute zum Teil auch nicht immer in zufriedenstellender Weise vorhanden ist. – Das wäre die erste Frage, Frau Lelgemann. Soll ich die zwei anderen Fragen gleich mit stellen?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Nein, bitte nicht. Also: Sie haben eine konkrete Frage, und die geht an wen, bitte?

**GKV-SV:** Das hatte ich gesagt: An die MTK-Kliniken, an die DIGAB und an die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay! Aber auch die bitte ich, sich jeweils kurzzufassen, wenn der Aspekt schon dargelegt wurde. – Bitte, wer beginnt?

**Herr Blau (MTK Kliniken):** Ich kann anfangen. – Wir betreiben in Hessen ein Projekt mit der AOK Hessen, was sich mit dem mittelfristigen Weaning beschäftigt, und wir betreiben es jetzt seit zwei Jahren.

Wir haben ganz viele Patienten aus der Außerklinik, aber auch von den Intensivstationen übernommen, die eigentlich schon vorgesehen waren für die dauerhafte Intensivpflege, die wir wieder in eine normales selbstbestimmtes Leben überführen.

Daraus ableitend, um zu Ihre Frage zu kommen, würde ich sagen, dass Hausärzte, die ja sehr wichtig sind für die Patienten, aber eine Unterstützung brauchen beispielsweise von Fachspezialisten aus den Weaningzentren oder eben auch von den querschnittserfahrenen Ärzten oder anderen Neurologen, die dazukommen. Ich glaube nicht, dass die Hausärzte flächendeckend in der Lage sind, ein Weaningpotenzial einzuschätzen, sonst hätten wir nicht so eine hohe Nachfrage. Diese Patienten waren alle irgendwo – ich will nicht sagen, untergegangen –, aber sie wurden nicht mehr gesehen. Sie sind dann zu uns gekommen – wie gesagt – mit einer hohen Erfolgsrate, dass diese Patienten wieder eigenständig ohne Beatmung und ohne Trachealkanüle nachhause gehen konnten.

Deswegen muss eine fachliche Expertise, eine fachliche Unterstützung der Hausärzte da sein. Wir haben ja vorgeschlagen unter anderem, dass sie angedockt sind an ein Weaningzentrum, dass man da Kooperationen vereinbart.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für die sehr konkrete Antwort. – Dann die DIGAB vielleicht?

**Herr Gerhard (DIGAB):** Ja. – Die DIGAB sagt, dass es hier tatsächlich Defizite gibt in der hausärztlichen Versorgung, insbesondere in der Qualifikation. Das haben wir immer schon angemahnt und haben auch gesagt, dass hier ein Grund, vielleicht sogar ursächlich, in der mangelnden Finanzierung zu suchen ist. Das heißt, es gibt hier keinerlei Anreize, eine solche Versorgung zu realisieren, weil es einfach für die Hausärzte oder auch für niedergelassene Fachärzte nicht lukrativ ist oder schon fast gar nicht kostendeckend. Wir schlagen deshalb eine Finanzierung analog zur SAPV vor.

Darüber hinaus würden wir uns als DIGAB dafür aussprechen, dass die Zentren, die im Moment klinisch versorgen, die Möglichkeit haben, in Kooperation mit Hausärzten, mit niedergelassenen Ärzten die Versorgung auch außerklinisch realisieren zu können. Dieser Weg ist derzeit nicht offen. Und wir plädieren da ganz eindeutig, diesen Weg auch zu öffnen für die klinischen Ärzte.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich glaube, die dritte Antwort war gewünscht von Herrn Geiseler. Ist das richtig?

**GKV-SV:** Ja, von der DGP.

**Herr Dr. Geiseler (DG Pneumologie):** Ich schließe mich insbesondere dem zweiten Teil von Herrn Gerhard an, der genau das gesagt hat, was ich auch gesagt hätte. Wir brauchen die Hausärzte. Alleine funktioniert es nicht ohne die niedergelassenen Ärzte. Die Kooperation sektorenübergreifend mit Expertenzentren wäre hier absolut hilfreich, um zumindest ein Teil des Problems zu lösen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – GKV-SV, Sie hatten drei Fragen?

**GKV-SV:** Ja, alle zu dem Themenkomplex Qualifikation. – Die zweite Frage geht auch an die drei Gesellschaften: Und zwar ist es sachgerecht, bei den Qualifikationsanforderungen an potenzialerhebenden Ärzte hier unterschiedliche Qualifikationsvoraussetzungen zu fordern je nachdem, ob die Potenzialerhebung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich oder im Krankenhausbereich erfolgt? Das ist ja dasselbe Verfahren, aber ist es sachgerecht, da unterschiedliche Anforderungen an die Ärzte zu stellen? Oder muss das nicht dasselbe sein im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielleicht dieselbe Reihenfolge?

**Herr Blau (MTK Kliniken):** Ich glaube, das ist sicherlich der Wunsch. Wenn das gleich ist, ist die Frage, ob man das flächendeckend so hinbekommt. Deswegen war ja mit der Potenzialerhebung der Vorschlag der Kooperation.

Dringend ist es insbesondere bei der Entlassung aus der Akutmedizin. Denn da haben wir festgestellt, dass Kolleginnen und Kollegen, die sich nicht auskennen mit prolongierten Weaning, eigentlich die Potenziale häufig falsch einschätzen und Patienten beraten in der Richtung, dass es aussichtslos ist, was aber gar nicht der Fall ist. Gerade da gehört eben Erfahrung im prolongierten Weaning hin, die auch häufig in den Akutkliniken, die unter einem hohen Druck stehen, gar nicht vorhanden ist und dann falsche Einschätzungen, und falsche Beratungen gegenüber den Patienten getroffen werden. – Also wünschenswert wäre es, aber ich glaube, da kann man eine Qualifizierung vertreten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! Wer möchte ergänzen von den anderen Angesprochenen? – Herr Geiseler, bitte.

**Herr Dr. Geiseler (DG Pneumologie):** Der DGP ist es ganz das Ziel, dass Qualität – egal wo diese Erhebung stattfindet – identisch ist, auch, wenn ich mir im Klaren bin, dass wir nur ein Potenzial erahnen wollen. Das heißt, wir können das auch draußen mit geringeren technischen Aufwand unter Umständen mit Zuhilfenahme telemedizinischer Sachen machen. Grundsätzlich aber sollte es identisch sein.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank!

**Herr Gerhard (DIGAB):** Wir von der DIGAB sehen das ganz ähnlich, wobei wir im Moment in der außerklinischen ärztlichen Versorgung, also jenseits von der Klinik, die Potenziale eben nicht sehen flächendeckend. Demzufolge kann man das gut fordern diese Qualifikationen außerklinisch. Aber das ist dann schon schwierig, weil es derzeit definitiv nicht umsetzbar ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! Vielen Dank auch für die kurzen und präzisen Antworten. – GKV-SV, Frage drei.

**GKV-SV:** Letzte Frage zur Qualifikation der potenzialerhebenden Ärzte: Da geht es unter anderem auch – das ist ja ein dissenter Punkt –, ob der Anästhesist geeignet und befähigt ist, eine Potenzialerhebung durchzuführen. Hierzu hatten Sie sich in Ihren Stellungnahmen auch geäußert und unter anderem gesagt – so haben wir das zumindest verstanden –, dass der Anästhesist, wenn er dieses Tätigkeitsfeld übernimmt, hier auf jeden Fall noch Zusatzanforderungen braucht. Das ist vorhin auch schon einmal zu einer Fragestellung angeklungen. Können Sie das bitte noch einmal konkretisieren, warum das erforderlich ist und in welcher Qualität vielleicht auch? – Danke schön!

**Herr Blau (MTK Kliniken):** Das ist das, was ich eben auch schon ausgeführt habe: Wenn ein Kollege— ob das Anästhesist ist, aber es sind ja auch Internisten und Pneumologen genannt –, die nicht mit diesem Patientenkontext arbeiten, dann ist es denen aus meiner Sicht nahezu unmöglich, eine Potenzialeinschätzung zu treffen, weil sie aus einem anderen Setting herauskommen.

Wenn Sie eine Akutintensivstation haben, die nur postoperativ die Patienten betreut, haben sie oft nicht das Knowhow und nicht das Potenzial einzuschätzen, wo der Patient noch leistungsfähig ist. Von daher war unsere Forderung immer, dass man zu diesen Fachärzten geht, die da genannt sind, auch die Erfahrung im prolongierten Weaning haben und aufweisen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Genau, das war vorhin schon deutlich angeklungen, dass es nicht so sehr auf die Grundqualifikation, sondern auf die Erfahrung ankommt und die Anbindung der Kollegen. – Herr Geiseler, eine Ergänzung?

**Herr Dr. Geiseler (DG Pneumologie):** Eine klare Unterstützung von dem, was Herr Blau gesagt hat: Wenn alle Anästhesisten und alle Internisten das könnten, würden wir über das Problem prolongiertes Weaning gar nicht in dem Umfang reden. Und das macht schon klar, dass egal, welche Fachdisziplin ich habe, ich mich mit diesem Problem prolongiertes Weaning beschäftigen muss. Und das tun die wenigsten. Deswegen glaube ich, dass Zusatzqualifikationen für eine hochwertige Versorgung und frühzeitige Erkennung von Weaningpotenzial absolut notwendig sind.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Gibt es Ergänzungsbedarf seitens der DIGAB?

**Herr Brambring (DIGAB):** Herr Gerhard und ich stimmen dem zu, was die Vorredner gesagt haben und können das kurzhalten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut, wunderbar! – Dann würde ich gerne an die KBV gehen für weitere Fragen.

**KBV:** Vielen Dank! – Ich würde kurz eine erste Frage an den Caritasverband stellen und meine Kollegin dann noch einmal eine Frage – auch zum Thema Qualifikation – an den Spitzenverband Fachärzte.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Genau. Aber danach sollten wir das Thema Qualifikation unbedingt verlassen, glaube ich. Zuerst Sie und dann noch Ihre Kollegin. – KBV, bitte.

**KBV:** Danke! – Nur noch einmal, um das klarzustellen: Der KBV-Vorschlag sieht vor, dass die Potenzialerhebung durch sehr eingegrenzte fachlich qualifizierte Ärzte durchgeführt wird, und gleichzeitig aber die Versorgung und Verordnung von weiteren Leistungen auch durch Hausärzte vorgenommen werden kann, sodass wir eine Teilung haben. Vorher lastete diese Last mehr auf den Schultern der Hausärzte. Das soll geteilt werden, um auch eine qualitative Absicherung und eine bessere Versorgung sicherzustellen.

Vielleicht können Sie, Frau Fix, ganz kurz schildern: Was würde passieren, wenn wir wirklich die Hausärzte aus der Versorgung –

(Zwischenruf von Frau Esser.)

**Frau Esser (KBB):** Ich würde gerne noch einmal aufsetzen auf der vorhergehenden Bemerkung. – Wir haben jetzt von sehr vielen Seiten gehört, dass es ein Mangel (Tonstörung) gibt. Wir teilen diese Einschätzung auch, aber dass dieser Fachärztemangel nicht auf den Rücken

der Versicherten ausgetragen wird. Das ist der Punkt, der uns ganz wichtig ist. Von daher denken wir, es muss realistische Möglichkeiten geben, diese Leistungen dann auch in Anspruch zu nehmen. Es darf nicht daran enden, dass dann die Patienten die Leistungen nicht bekommen, nur weil der Fachärztemangel vorherrscht. – Okay, ich habe das Video ausgestellt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich weiß nicht, wer spricht. Und ich weiß auch nicht, zu welchem Thema. – Angesprochen war Frau Fix mit einer ganz konkreten Frage von der KBV – Wer hat eben gesprochen. Die Botschaft war, dass es nicht gehen kann, nur, weil es nicht genug qualifizierte Ärzte gibt, den Patienten dann keine Verordnung ausgestellt werden kann. Das würden wir sicher alle teilen, aber ich würde jetzt zunächst das Wort an Frau Fix geben.

**Frau Dr. Fix (Caritas):** Vielen Dank. – Wir haben uns in unserer Stellungnahme dezidiert dafür ausgesprochen, dass die Hausärztinnen/Hausärzte in die Versorgung einbezogen werden, im Übrigen auch im Bereich der Kinder und Jugendlichen ambulanten Kinderärztinnen/Kinderärzte. Herr Nentwig hat dazu vorher ausführlich ausgeführt. Dem kann ich mich nur anschließen.

Wenn ich die Gelegenheit hier noch nutzen darf: Der Gesetzgeber hat hier keine abschließende Aufzählung vorgesehen. Insoweit sollte auch der G-BA bitte in der Richtlinie durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ bei der Nennung anderer Facharztgruppen auch noch einmal das Wörtchen „insbesondere“ davorsetzen. Aber klares Plädoyer für die Einbeziehung der Hausärzte und der Kinder- und Jugendärzte.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Fix! – Ist die Frage beantwortet?

**KBV:** Sie ist grundsätzlich beantwortet. Wenn ich für die zweite Frage an meine Kollegin verweisen dürfte, wäre ich dankbar.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja. – Ich würde noch eben zwischendrin noch aufklären, wer gesprochen hat. Gesprochen hat die Landesbehindertenbeauftragte von Hessen, Frau Esser, für die Konferenz der Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern. Frau Esser, ich schlage vor, dass wir zunächst diese beiden Fragen beantworten und dass ich Ihnen dann das Wort gebe mit der Möglichkeit, Ihren Beitrag zu wiederholen. – Also bitte die KBV.

**KBV:** Vielen Dank! – Meine Frage würde konkret an die SpiFa, an Frau Ziehn, gehen, weil diese in Ihrer Stellungnahme relativ konkrete Vorschläge auch erbraucht hat, von welcher Dauer die besonderen Handlungskompetenzen abgebildet werden sollten für die potenzialerhebenden Ärzte.

Jetzt geht es noch einmal ganz konkret um die Gruppe der potenzialerhebenden Ärzte. Dort wurden verschiedene Zeiträume, teilweise unterschiedlich, nach den vorgeschlagenen Facharzttrichtungen eingebracht vom SpiFa. Da würde ich noch einmal gerne nachfragen und um eine Begründung oder Erläuterung bitten, wie zu diesen unterschiedlichen Zeiträumen gelangt wurde und wie diese zu begründen sind.

**Frau Ziehn (SpiFa):** Ja, sehr gerne. – Wir brauchen in der Peripherie qualifizierte (Tonstörung) – –

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Wir können Sie nicht hören, weil Sie so leise sind.

**Frau Ziehn (SpiFa):** Dann rede ich jetzt lauter. Geht es jetzt besser?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, es geht besser.

**Frau Ziehn (SpiFa):** Also, wir brauchen in der Peripherie qualifizierte Ärzte, die Weaningpotenzial erkennen und Weichen stellen, zugleich aber eben auch Ärzte, die die Betreuungssituation in der Pflege und in der Behandlungssituation überprüfen und gegebenenfalls auch anpassen können, um die Therapie der Patienten zu optimieren und eine Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen zu erreichen.

Die Ursache oder der Hintergrund, warum wir auch denken, es kann angepasst werden an die Facharzttrichtung, liegt daran begründet, dass wir uns noch einmal explizit mit den Weiterbildungsordnungen der verschiedenen Fachärzte befasst haben und dort feststellen mussten, dass bei einigen Facharztgruppen der Auftrag Weaningpotenzial oder die Weaningpatienten zu betreuen tatsächlich schon hinreichend erfüllt wurde. Bei anderen Facharztgruppen – also, wenn wir 18 Monate Weiterbildungszeit für Intensivmedizin qualifizierte Ärzte annehmen –, da brauchen nicht mehr in jeder Facharztgruppe diese 18 Monate noch einmal nachgeholt werden. Sondern wir haben aufgeführt in der Stellungnahme, dass je nach Facharzt eine weitere Qualifikation nach einem speziell weaningqualifizierten Bereich ausreichen würde.

Das kann ich jetzt auch im Einzelnen pro Facharzt aufführen. – Ist das erforderlich?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Nein, bitte nicht! Ich denke, das wäre ausgesprochen hilfreich, wenn Sie uns das zusenden könnten. Es ist sicherlich nicht hilfreich, dass wir das jetzt pro Facharztgruppe hier einzeln aufführen. Ich bitte dafür um Verständnis. – Weitere Ergänzungen noch jenseits der Einzelaufzählung?

**KBV:** Wir hätten einmal nur kurz die Rückfrage: Sie differenzieren auch noch in Ihrer Stellungnahme, der Ort, wo diese Qualifikationen erworben wird, anders, als es in der Richtlinie vorgeschlagen wird.

Wir haben zunächst in der Richtlinie von Beatmungsentwöhnungseinheiten gesprochen. Sie sprechen da relativ eindeutig von medizinischen Einrichtungen. Meinen Sie zwischen diesen Begrifflichkeiten tatsächlich einen inhaltlichen Unterschied? Also wie definieren Sie den Ort, wo die Qualifikation dieser Personen erworben werden soll?

**Frau Ziehn (SpiFa):** Ich hoffe, ich rede jetzt weiterhin laut genug. – Wir haben uns auch dazu ganz genau Gedanken gemacht, ob man tatsächlich diese Weaningzentren so spezialisiert hervorhebt. Nein! Wir denken, das ist nicht erforderlich. Wir möchten explizit von medizinisch qualifizierte Einrichtungen sprechen, weil einfach dieser Begriff ein bisschen größer fasst und es eben nicht zu solchen Nadelöhren kommen kann, die dann wieder Probleme in der klinischen Situation in der Betreuung der Patienten bedürfen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich würde jetzt das Wort geben wollen an Herrn Chr. von der Patientenvertretung.

**PatV:** Danke schön, gerne. – Ich würde schon springen zum Thema § 6 – Dauer der Verordnung. Ich hoffe, dass das mit meiner Frage dann okay ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich mache noch einmal darauf aufmerksam, dass wir im Prinzip nur noch eine gute halbe Stunde Zeit haben. Ich frage ernsthaft Sie alle: Wollen Sie tatsächlich über das Thema Kinder und Jugendliche und über das Thema Rückzugspflege nicht sprechen? Das liegt in Ihrer Hand. Ich bin darüber überrascht.

Ich weiß nicht, ob es erforderlich ist, dass wir diese kleinteiligen Dinge jetzt hier in der Anhörung klären. Letztlich steht es mir nicht zu, denn Sie sind diejenigen, die die Fragen hier stellen. Ich mache nur darauf aufmerksam, dass wir nicht nach hinten beliebig offen sind. Deswegen mein Plädoyer an die Patientenvertretung: Überlegen Sie, welche Fragen Ihnen jetzt hier in diesem Zusammenhang wirklich wichtig sind. – Patientenvertretung, Sie haben sich gemeldet.

**PatV:** Wenn aus der AG, von den Bänken und auch von uns aus der Patientenvertretung jetzt kein Widerspruch kommt, würde ich den Vorschlag machen, dass wir zu dem Thema „Rückzugspflege“ zu wechseln, um die verbliebene Zeit da noch etwas fokussierter unterzubringen, und das Thema „Sonstige geeignete Orte“ zu besprechen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, wobei ich sicher bin, dass aus dem Kreis der Stellungnehmer – und diese Rückmeldung habe ich jetzt auch – zumindest Raum gegeben werden muss für grundsätzliche Positionen, was Kinder und Jugendliche anbelangt. Aber dazu gibt es keine Fragen bei Ihnen allen.

Das heißt, wir machen jetzt „Rückzugspflege“ und „Sonstige geeignete Orte“?

(PatV: Genau!)

Aber bitte in aller Kürze, wenn das irgendwie möglich ist. Und dann gebe ich anschließend noch die Möglichkeit, sich zum Thema Kinder und Jugendliche zu äußern. – Bitte.

**PatV:** Vielen Dank! – Das Thema „Rückzugspflege“ setzt es an letztendlich beim § 1, wo erläutert wird, dass die Beteiligung bei Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden soll durch An- und Zugehörigen-Beteiligung an der Pflege.

Wir haben im §§ 9 und 10 dazu Ausführungen zur Rückzugspflege. In dem Zusammenhang würde ich gerne eine Frage sowohl an INTENSIVkinder zuhause als auch an den Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege stellen: Und zwar dahingehend, ob Sie die Rückzugspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege für ein geeignetes Instrument halten, um insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und den genannten jungen Erwachsenen die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der Versorgung zu ermöglichen?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Die Frage ging an INTENSIVkinder zuhause?

**PatV:** Genau, und im Nachgang an den Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay. – Dann bitte INTENSIVkinder zuhause, Sie haben das Wort.

**Frau H. Cartolano (INTENSIVkinder):** Ja, danke! – Ich bin Mutter von vier Kindern, berufstätig und darüber hinaus seit elf Jahren in die Organisation und die Versorgung meiner querschnittgelähmten, langzeitbeatmeten Tochter eingebunden.

Zu Ihrer Frage: Nein! Wir halten die Rückzugspflege nicht für geeignet, eine Beteiligung der An- und Zugehörigen bei Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen an der außerklinischen Intensivpflege zu ermöglichen. Denn der Entwurf setzt eine Anpassung des ärztlichen Verordnungsumfanges für die Rückzugspflege voraus. Im Klartext: Die professionelle Versorgung der Versicherten wird gekürzt.

Es gibt zwei Regelwerke mit Bezug zur Rückzugspflege. Das ist einmal die S2k-Leitlinie „Invasive und nichtinvasive Beatmung“ und die HKP-Rahmenempfehlungen. Beide liefern unterschiedliche Definitionen und Implikationen und verfolgen auch teilweise unterschiedliche Ziele.

Die S2k-Leitlinie knüpft an einen verminderten Bedarf des Betroffenen an, infolge beispielsweise einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und an eine gesteigerte Leistungsbereitschaft der Zu- und Angehörigen. Da ist herausgestellt ein doppeltes Wollen und Können aufseiten der Betroffenen und der An- und Zugehörigen.

Die Rahmenempfehlungen zur HKP fokussieren dagegen auf ganz oder teilweise Übernahme der behandlungspflegerischen Leistungen durch An- und Zugehörige. Womit ausdrücklich eine Verminderung des ärztliche verordnenden Versorgungsumfanges verbunden ist.

Die Sozialgesetzbücher formulieren die Verantwortung des Staates, die Familien zu schützen, auch solche Familien, die sich das krankheitsbedingte Schicksal ihrer Kinder nicht ausgesucht haben.

Dabei ist sicherzustellen, dass Kinder, Eltern und Geschwister zusammenbleiben und sich nicht trennen müssen. Eltern und Kinder müssen jedoch auch vor der Zwangslage geschützt werden, jede Verantwortung und jede Tätigkeit – auch intensivpflegerische – übernehmen zu müssen aus der Angst, ihr Kind ansonsten an eine stationäre Einrichtung abgeben zu müssen, einfach, weil die personellen Kapazitäten der Pflegedienstleister gegebenenfalls ohne die ständige Beteiligung der Eltern nicht für eine Versorgung im familiären Umfeld ausreicht.

Unsere Argumente gehen daher in die Richtung: Grundsatz ambulant vor stationär und für die Professionalität insbesondere der Behandlungspflege. Eine Reduzierung des verordnenden Leistungsumfanges ist bei der AKI definitionsgemäß ausgeschlossen. Denn es handelt sich nicht um Patienten, die sich auf dem Weg der Besserung befinden, sondern um solche mit einem besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege, die wegen unvorhersehbar auftretender vitaler Gefährdung der ständigen Anwesenheit einer Pflegefachperson bedürfen.

Es kann daher bei der außerklinischen Intensivpflege immer nur um eine Beteiligung der An- und Zugehörigen an der Versorgung gehen. Diese gewollte und freiwillige Beteiligung darf keine Reduzierung des verordnenden Leistungsumfanges zur Folge haben.

Die Beteiligung der Zugehörigen kann den vom Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfang immer erst im Nachhinein – praktisch in der Abrechnung – reduzieren, und zwar genau um den Umfang, der von den An- und Zugehörigen tatsächlich auch übernommen worden ist.

Trotz bester Absichten können und werden An- und Zugehörige ausfallen oder verhindert sein. Nicht einmal als Arbeitnehmer kann ich meine Leistungen für den Fall garantieren, dass ich ausfalle oder verhindert bin. Ich muss dann vertreten werden.

Für Zeiträume freiwillig übernommener Versorgung des intensivpflegebedürftigen Angehörigen existiert jedoch eben kein Backup. Es gibt keine Vertretung. Dadurch entsteht für den Patienten in dem Moment eine Notlage und für die An- und Zugehörigen eine Zwangslage. Denn die notwendige intensivpflegerische Versorgung ist dann nicht gesichert.

Die AKI-Richtlinie hat aber gerade eine kontinuierliche gesicherte pflegerische Versorgung zum Ziel. Daher treten wir für die Ermöglichung einer Beteiligung von An- und Zugehörigen mit nachträglichem Abzug der tatsächlich erbrachten Zeiten ohne Reduzierung des Leistungsumfanges per ärztlicher Verordnung ein. – Soweit mein Statement.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für die klaren Worte. – Ich glaube, des Weiteren richtete sich die Frage an Frau Ruser vom Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege.

**Frau Ruser (BHK):** Vielen Dank für die Frage. – Ich kann mich grundsätzlich Frau Cartolano erst einmal anschließen. Auch wir sind der Auffassung, dass das Instrument der Rückzugspflege, so wie es im Moment vorgesehen ist in der AKI-Richtlinien per Definition nicht geeignet ist, die Beteiligung der An- und Zugehörigen zu ermöglichen. Vielmehr ist es erforderlich im Bereich der Versorgung von Kindern, dass An- und Zugehörige in die Versorgung einbezogen sind und in der Praxis einbezogen werden. Das alleine rechtfertigt aber nicht über den Weg einer Änderung der ärztlichen Verordnungen und Verkürzung der Verordnungsdauer zu agieren.

Wie sieht die Praxis aus? Die Praxis vieler Kinderkrankenpflegedienste sieht heute so aus, dass sie sich das Stundenkontingent, was bei spezieller Krankenbeobachtung nach jetziger Gesetzeslage ja grundsätzlich heißt, ein Anspruch auf 24 Stunden spezielle Krankenbeobachtung, die zum Teil aufgrund Fachkräftemangels in dem Umfang nicht ausgestellt wird beziehungsweise in Anspruch genommen werden kann, dass Eltern ganz individuell in die Versorgung einbezogen werden. Das heißt, Verordnungen werden mit einem Stundenkontingent sozusagen ausgeschrieben, sodass der Pflegedienst die Möglichkeit hat im Zusammenspiel mit den Eltern. Das heißt, die gesundheitliche Situation des Kindes und der Situation der physisch-psychischen Situation der Eltern jederzeit zu reagieren und dort nach Lage der Dinge, die Eltern einzubeziehen, was punktuell mal mehr und mal weniger der Fall sein kann.

Das heißt aber in der Konsequenz, dass der Versorgungsumfang nicht per se per Verordnung verkürzt werden kann, sondern nur im Nachgang – so wie meine Vorrednerin auch sagte – im Wege der Abrechnung festgestellt werden kann, ob das Budget im Monat ausgenutzt wurde vom Leistungserbringer oder durch mehr oder weniger punktuelle Hinzuziehung der Eltern nicht. – Vielen Dank!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ist die Frage ausreichend beantwortet?

**PatV:** Ich haben eine kurze Nachfrage an den Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege: Sie haben angesprochen das Kontingent, in dem An- und Zugehörige beteiligt werden. Sehen Sie das als Möglichkeit bei einer 24-Stunden-Versorgung oder ist das ein Modell, dass eher bei einer reduzierten Versorgung – acht Stunden, 16 Stunden – zur Anwendung kommen sollte?

**Frau Ruser (BHK):** Das sehe ich vorrangig als Instrument, wenn es eine reduzierte Versorgung ist, aber nicht, weil ein reduzierter Bedarf besteht, sondern weil von vornherein feststeht, dass von den 24 Stunden acht Stunden beispielsweise am Tag oder in der Nacht von den Eltern geleistet werden und dass man dort sagt: Diese Stunden gibt es im Kontingent für den Monat, sodass individuell geschaut werden kann: Wie ist die Situation in der Familie; wie ist der Gesundheitszustand des Kindes; wie geht es den Eltern, möglichen Geschwisterkindern? Also: Ist das Familiensystem stabil, sodass Mutter oder Vater entsprechend an der Versorgung beteiligt werden können? Oder ist es möglicherweise auch einmal nicht in dem Sinne, sodass dann der Leistungserbringer die Möglichkeit hat, tageweise mehr oder weniger zu leisten.

**PatV:** Vielen Dank!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für diese Ergänzung. – Ich habe jetzt zum Thema Rückzugspflege – bevor ich weitergebe an den GKV-SV – für weitere Fragen eine Wortmeldung von Herrn Frevert, von Frau Arnade, von SHV Forum Gehirn und Frau Hoffmann. Ich übergebe jetzt zunächst an Frau Hoffmann.

**Frau Hoffmann (IPV):** Ich habe nur einmal geschrieben, dass Rückzugspflege ein ganz wichtiges Thema ist, jedenfalls aus Blick der Betroffenen und auch der Anwälte, die sich mit den Ansprüchen der Betroffenen beschäftigen, die abgelehnt werden.

Ich sage noch einmal ganz deutlich, also auch im Rahmen der Stellungnahme des IPV, an der ich mitgearbeitet habe: Ich halte es schon für falsch, dass der G-BA im Rahmen der Richtlinie, über die wir hier sprechen, den Anspruch auch für § 37c einschränkt in Bezug auf § 1 Absatz 3 Satz 1 und § 3 Absatz 1 Satz 3, wonach dann der Versicherte nur dann einen Anspruch hat, wenn er das selbst nicht leisten kann, was er an außerklinischer Intensivpflege braucht. Ich finde, das schließt sich per se aus, wenn man außerklinische Intensivpflege versteht oder denkt, wie ich denke, dann kann er das selbst gar nicht leisten.

Außerdem meine ich: Wir können nicht, wenn der Gesetzgeber am § 37c nicht analog § 37 Absatz 3 sagt, wenn im Haushalt Angehörigen leben, die das können, was man können muss in der häuslichen Krankenpflege, das steht aber im § 37c nicht, dann kann nicht der G-BA diesen Anspruch auf § 37c einschränken.

Also ich habe damit ein Grundsatzproblem, weil ich weiß oder befürchte, dass die Krankenkassen aus diesen Einschränkungen in der häuslichen Krankenpflege dann Dinge zulasten der Angehörigen ableiten, die ich nicht richtig finde, weil der § 37c selbst das nicht vorgibt, sodass ich dazu noch einmal irgendeine Rückmeldung eher von den Kassenvertretern bitte, wie sie eine Rückzugspflege überhaupt verstehen im Sinne des Entwurfes nach § 1 Absatz 3 Satz 1 und § 3 Absatz 1 Satz 3. Denn da liegen ganz oft die Probleme, dass das, was hier benötigt wird, auf die Eltern von Kindern beispielsweise abgewälzt wird.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Hoffmann. – Ich kann Ihren Wunsch nach diesen Fragen und dem Stellen der Fragen an die Kassenvertreter und die GKV verstehen. Dennoch kann ich das hier im Rahmen dieser Anhörung – wie Sie sicher wissen – nicht zulassen. Sie müssen also das leider auf anderem Wege nach dieser Anhörung versuchen, zu klären, wie das Verständnis der Kassenvertreter von Rückzugspflege ist. Vielen Dank für Ihren Beitrag.

Dann habe ich eine Wortmeldung von Herrn Frevert zum Thema.

**Herr Frevert (NETZWERK Artikel 3):** Vielen Dank! – Wir haben da natürlich Stellung genommen, die können Sie schriftlich ja lesen.

Ich möchte aber noch einmal ganz deutlich betonen, dass dieser Ansatz der Rückzugspflege an und für sich in sich im IPREG und in der AKI-Richtlinie einfach widerlich ist. Es geht darum, dass Kinder, die beatmet werden, sich natürlich entwickeln, ihr Leben leben, in die Schule gehen und dann werden Sie auf die Eltern verwiesen. Es wird hier eine Zwangsgemeinschaft gefördert und soll gebildet werden, die dann den natürlichen Loslösungsprozess der Kinder von den Eltern praktisch verlangsamten und verhindern soll nur aus Kostengründen, aus rein fiskalischen Gründen.

Das ist nicht natürlich; das ist nicht normal; das ist abartig. Genauso haben die Eltern – ich selber bin Vater von zwei Kindern – ein Recht, dass ihre Kinder sich loslösen. Die Eltern haben ein Recht, dass die Kinder mit 20, 25 Jahren aus dem Haus gehen und ihre eigenen Wege gehen. Das soll hier praktisch verhindert werden auf Kosten der behinderten Kinder.

Was ist im Alter, im Alter, wenn die Behinderung nachträglich dazukommt, das gleiche mit Angehörigen – das sind dann auch wieder die Kinder, die Ehepartner oder sonst wer; in der Regel sind es die weiblichen Angehörigen, die sie ja pflegen sollen, weil der Gesetzgeber vorschreibt, eine Rückzugspflege zu erbringen.

Wir wissen einfach aus Statistiken, dass, wenn die Behinderung nachträglich dazukommt und die Pflege von den Angehörigen geleistet wird, 90 Prozent dieser Ehen und Beziehungen kaputtgehen.

Ich selbst habe zwei Kinder – wie gesagt – großgezogen; ich habe ein Beatmungsgerät. Und ich habe meine Kinder nie dazu verpflichtet, meine Pflege zu leisten. Aufgrund dessen habe ich zwei gesunde, selbständige, selbstbewusste Kinder, nichtbehinderte Kinder, ins Leben gebracht. Und das soll hier verhindert werden?

Ich appelliere hier an die Verantwortung der AKI, des G-BA vor allen Dingen, hier den richtigen und menschlichen Weg zu begehen. – In diesem Sinne hoffe ich, dass Sie richtig arbeiten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Frevert! – Ich habe jetzt eine Wortmeldung von Frau Arnade – LIGA Selbstvertretung. Ist das auch zum Thema Rückzugspflege?

**Frau Dr. Arnade (LIGA):** Ja, ist es. Danke schön! – Wir sehen die Rückzugspflege auch sehr kritisch, denn wir sehen es als Einfallstor für Leistungskürzungen. Und das richtet sich somit gegen das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und Ihrer Angehörigen.

Also: Wenn aufgrund intimer Beziehungen oder, um die Privatsphäre zu schützen, Eltern und Kinder beide damit einverstanden sind, dass sie Teile der Pflege alleine machen, ist das okay – und da schließe ich mich dem Vorrednerinnen und Vorrednern an –, dass das dann im Nachhinein in der Abrechnung zum Tragen kommen kann.

Aber man muss auch insbesondere das Selbstbestimmungsrecht der Kinder und Jugendlichen mit in den Blick nehmen. Das kommt mir hier in der AKI-Richtlinie viel zu kurz. Und da möchte doch noch einmal auf die UN Behindertenrechtskonvention verweisen, wo eben die Rechte von Kindern mit Behinderungen in Artikel 7 ganz klar festgeschrieben sind, dass sie eben das Recht haben, ihre Meinung zu äußern; dass die Meinung angemessen berücksichtigt werden soll; und dass sie behinderungsbedingte und altersgemäße Assistenz bekommen müssen.

Und eine Weile kann das sein, dass das zum Teil die Eltern machen. Aber man weiß spätestens in der Pubertät wollen Kinder und Jugendliche sich nicht unbedingt von ihren Eltern im Intimbereich auch zuschauen lassen. Warum sollen eben behinderte Kinder dazu gezwungen werden? Das kann es ja wohl nicht sein! Sie haben dieselben Rechte wie andere Kinder und Jugendliche auch.

Insofern kann eine Pflege zwischen An-, Zugehörigen und den Betroffenen nur in beiderseitigen Einvernehmen stattfinden, wenn beide Seiten damit einverstanden sind. Es darf auch auf keinen Fall zu irgendeiner Leistungskürzung führen. – Danke schön!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich mache noch einmal darauf aufmerksam, dass ich um 13 Uhr diese Anhörung beenden werden. Wir haben dann schon eine Stunde überzogen. Ich bitte jetzt also wirklich darum, dass Sie sich sehr genau überlegen, was unbedingt noch untergebracht werden muss. Wir können das nicht open end nach hinten verlängern. Ich muss leider noch einmal darauf aufmerksam machen.

Ich habe jetzt eine Wortmeldung von Herrn Lemme.

**Herr Lemme (SHV FG):** Auch zur Rückzugspflege: Aus der Systematik des § 37c ergibt sich letztendlich eindeutig, dass es keine substituierende Rückzugspflege durch An- und Zugehörigen geben kann. Denn die Leistungserbringung im § 37c obliegt examinierten Pflegefachkräften. Und das sind letztendlich die An- und Zugehörigen regelmäßig nicht.

Wenn ich jetzt als Arzt in eine Verordnung gehe und kürze im Rahmen des § 37c, einer § 37c-Verordnung, den Leistungszeitraum, um eine Versorgung durch die Eltern beispielsweise, dann muss klar sein, dass ich als Arzt in einen Leistungsbereich einen Block „Laienpflege“ einbaue, der im Rahmen der Behandlungspflege § 37Absatz 2 möglich wäre, der aber in § 37c nicht möglich ist.

Das bedeutet, dass sich daraus auch bei Komplikationen in diesem Versorgungszeitraum letztendlich eine Haftung für den verordnenden Arzt ergeben kann. Daraus folgt, dass der verordnende Arzt grundsätzlich den vollen Leistungszeitraum verordnen muss, wenn familiäre, wenn pflegende Angehörige sozusagen einspringen, dann stellt das einen zulässigen Verzicht des Betroffenen dar im Zweifel. Aber es kann nicht zu einer grundsätzlichen Leistungskürzung führen. Das muss beachtet werden.

Wenn eine Rückzugspflege darüber hinaus von An- und Zugehörigen verpflichtend wäre, dann habe ich erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, weil nämlich dann der besondere Schutz von Ehe und Familie mit einer besonderen Last belegt würde durch die Richtlinie. Ich glaube nicht, dass das tragbar ist. – Danke!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich mache noch einmal darauf aufmerksam, dass die Uhr tickt.

Ich würde jetzt gerne auch zum Thema Rückzugspflege das Wort geben an Frau Horbach für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie – für Pflegewissenschaften. Entschuldigung! – Frau Horbach, Sie haben das Wort

**Frau Prof. Dr. Horbach (DG Pflege):** Vielen Dank! – Das ist nämlich genau das Problem: DGP ist beide Male gleich abgekürzt. Ich spreche hier für die Pflegewissenschaft, die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften. – Vielen Dank!

Ich denke, das, was Herr Lemme gerade gesagt hat, ist das, was wirklich entscheidend ist und was in den Blick geholt werden muss.

Ebenso möchte ich noch einmal auf Frau Hoffmann zurückkommen bezüglich der Definition: Wir haben wirklich ein Problem aufgrund der Definition und wie eben schon gesagt wurde, das müssen wir an anderer Stelle einmal klären.

Ich bitte jetzt an dieser Stelle nur noch einmal darum, was Leistungskürzungen angeht, die in diesem Bereich jetzt momentan mitgedacht werden könnten, in jeglichen Formulierungen und Ausführungen hier zu unterbinden. – Vielen Dank!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, auch für die Kürze der Stellungnahme. – Gibt es weitere zwingende Ergänzungen zum Thema Rückzugspflege? Ich glaube, das Thema ist sehr deutlich geworden uns gegenüber.

Wenn das nicht der Fall ist – und ich sehe jetzt kein heftiges Wedeln –, dann würde ich noch dem GKV-SV – Sie haben noch Fragen – das Wort erteilen. Ansonsten habe ich hier Wortmeldungen zum Thema Leistungsort.

**GKV-SV:** Ja, ich habe eine Frage zum Thema § 10 – Zusammenarbeit und Koordination –, bevor das Thema nicht mehr erfragt wird. Ich habe hierzu eine Frage an den Ambulanten Dienst Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin:

Das Thema außerklinische Intensivpflege ist ein Thema, wo unterschiedlichste Berufsgruppen zusammenarbeiten müssen. Und die heutige Rechtslage ist im § 7 Absatz 1 der HKP-Richtlinie so geregelt, dass der verordnende Arzt sozusagen die Koordinationsverantwortung hat – denn irgendjemand muss es ja tun. Das haben wir jetzt auch als GKV-SV auf die AKI-Richtlinie übertragen. Die anderen Bänke haben in ihren Regelungen gar keine Regelung zu der Frage: Wer hat die Koordinationsverantwortung?

Mich würde interessieren Ihre Perspektive als ambulanter Pflegedienst, als in der Versorgung befindlicher ambulanter Pflegedienst: Was würde passieren, wenn nirgendwo Verantwortlichkeiten geregelt sind? Würde das bedeuten, dass das denn dem Zufall überlassen ist; dass man in jedem Einzelfall, unter den jeweiligen Beteiligten das erst einmal absprechen muss? Was sind da Ihre Befürchtungen, die in der Stellungnahme auch zum Teil schon angeklungen sind. – Danke schön!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Bitte, Sie sind direkt angesprochen. Sie haben das Wort.

**Herr Dr. Weinert (fdst):** Tatsächlich ist – ganz kurz gesagt – unsere Befürchtung, dass wir einfach keinen klaren Ansprechpartner mehr haben, wenn es nicht gerade geregelt wird, wer die Verantwortung übernimmt. Für uns ist die enge Zusammenarbeit mit entsprechenden ärztlichen Verantwortlichen wichtig, einfach, um die Sicherstellung der Qualität zu gewährleisten, beispielsweise, was die Qualität der Arztbriefe angeht und so weiter. – Vielen Dank!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Das heißt, Sie brauchen einen Ansprechpartner, der den Hut auf hat. Das ist die Antwort?

**Herr Dr. Weinert (fdst):** Das hilft insbesondere bei ärztlichen Fragen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Alles klar. Vielen Dank! – Ich würde jetzt an die Patientenvertretung, weitergeben zum Thema geeignete Orte beziehungsweise Ort der Leistungserbringung und dann auch versuchen, die Wortmeldungen, die ich schon zu diesem Thema habe, entsprechend zuzuordnen.

**PatV:** Vielen Dank, Frau Lelgemann. – In Anbetracht der Kürze der Zeit möchten wir die verbleibende Zeit auf jeden Fall noch nutzen, um das Thema „Sonstige geeignete Orte“ zu adressieren.

Und zwar möchten wir dazu das Wort richten an Amelie Cartolano von INTENSIVkinder zuhause e. V. Die INTENSIVkinder zuhause e. V. haben sich in ihrer Stellungnahme dafür ausgesprochen, die Worte „regelmäßig wiederkehrend“ in § 1 Absatz 4 der AKI-Richtlinie zu streichen.

Mich würde interessieren: Was würde es für Sie als Betroffene bedeuten, wenn die außerklinische Intensivpflege nur an Orten erbracht werden kann, wo Sie sich regelmäßig aufhalten?

**Frau A. Cartolano (INTENSIVkinder):** Mein Name ist Amelie Cartolano. Ich bin 14, fast 15 Jahre und werde seit ich vier Jahre bin beatmet. Ich wohne zusammen mit meinen drei Geschwistern und meiner Mutter zuhause und bin Schülerin der 9. Klasse am Barnim-Gymnasium.

Wenn ich meine Intensivpflege nur an Orten erhalten würde, an denen ich mich regelmäßig aufhalten, dann würde ich nicht mehr richtig leben können, weil es mich total einschränken würde.

Beispielsweise war ich gestern mit meiner Klasse zur einer Exkursion in der KZ-Gedenkstätte Sachsenhausen war; heute Nachmittag gehe zum Konfirmationsunterricht; im Urlaub waren wir auf der Festung Königstein und in Prag. Nächstes Jahr mache ich mein erstes Schülerpraktikum in einer Beratungsstelle. Und da ich extra ein mobiles Beatmungsgerät und ein mobiles Absaugungsgerät habe, und immer eine Pflegekraft in Begleitung habe, die die Notfalltasche hat, kann ich fast alles machen, was ich möchte und, was meine Geschwister, Freundinnen und Klassenkameraden auch machen – auch wenn ich beatmet bin.

Dieses Recht darf mir niemand nehmen, da ich dieselben Rechte habe wie jedes Kind, jeder Jugendliche und jeder junge Erwachsene.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Gibt es weitere Äußerungen zu dem Thema oder zwingend erforderliche Äußerungen?

**Frau Dr. Arnade (LIGA):** Ich hatte mich auch noch dazu gemeldet. – Darf ich?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich weiß nicht. Sie dürfen dann, wenn Sie wirklich dem noch etwas hinzuzufügen haben, was wir mit diesem Statement noch begriffen haben.

**Frau Dr. Arnade (LIGA):** Ich weiß nicht, wie viel Sie begriffen haben oder nicht. – Ich wollte aber die UN Behindertenrechtskonvention noch einmal aufführen – Artikel 19, die freie Wahl von Wohnort und Wohnform. Die Unterstützung muss der selbst gewählten Wohnform folgen und nicht umgekehrt. Und da ist auch das Wunsch- und Wahlrecht zu berücksichtigen, das ins IPREG erst im letzten Moment des Gesetzgebungsverfahrens hineingekommen ist, was aber auch grundgesetzlich garantiert ist. Und das darf durch so eine Richtlinie nicht hinterrücks

wieder ausgehebelt werden. Dafür plädiere ich. Ansonsten stimme ich in allem der Vorrednerin zu.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Danke! – Herr Nentwig, Sie haben noch eine Ergänzung. Ansonsten würde ich dann die Sitzung beschließen.

**Herr Nentwig (SHP):** Mir geht es bei der Thematik „Leistungsorte“ besonders auch um die räumlichen Voraussetzungen, die insbesondere bei den stationären Angeboten, besonders auch bei der ambulanten Intensivpflege vorhanden sind beziehungsweise nicht vorhanden sind.

Da geht es beispielsweise um Räumlichkeiten bezogen auf die Therapie und auf die Förderräume. In einem Raum, wo die Therapien stattfinden können, dass dies überhaupt gegeben ist; und dass diese Räume nicht vollgestellt sind mit irgendwelchen Lagerdingen, sondern dass diese auch genutzt werden können.

Weiterhin geht es mir natürlich darum, dass unbedingt die Möglichkeit besteht, dass die Menschen auch ins Freie können; dass sie also nicht immer nur in einem Raum sein müssen, sondern dass die baulichen Voraussetzungen auch da gegeben sind, dass diese betroffenen Patienten ins Freie können.

Da gibt es diese Heimmindestbauverordnung, die eingehalten werden muss. Dann sind wir genauso schon wieder bei dem Thema, wer das kontrolliert. Da stellen wir fest in unserer Notrufzentrale – wir haben jetzt in den 30 Jahren über 100 000 Beratungen, Gespräche gehabt –, dass wir immer wieder hören, dass die ambulanten Intensivversorgungen immer ein Bett genau daruntergehen, um diese Kontrollmöglichkeiten, die die Heimaufsicht beziehungsweise der MDK hat, dass die nicht stattfinden können.

Das ist uns ganz wichtig, dass in Zukunft dafür gesorgt wird und dies garantiert wird, dass die – denn es sind für mich keine ambulanten, sondern eigentlich auch stationäre Einrichtungen – kontrolliert werden können, dass hier die Heimmindestbauverordnung durchgesetzt wird; dass die Menschen ins Freie kommen; dass ein Raum da ist, wo Therapien stattfinden können, dass denen geholfen wird und nicht nur, dass die reine Pflege nach dem Motto „warm und sauber“ erfolgt, sondern dass die vorangebracht werden in der Rehabilitation der neurologischen Patienten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich glaube, wir haben es verstanden. – Ich habe jetzt hier noch eine Wortmeldung, und das wird die abschließende Wortmeldung sein. – Frau Clement, bitte nur ein kurzes Statement zum Thema „persönliches Budget“.

Dann haben wir noch zwei organisatorische Fragen. Und dann werde ich die Anhörung beenden.

**Frau Clement (ALS-mobil):** Ich würde das Wort gerne an die Frau Schnürer übergeben, die für uns als Anwältin tätig ist.

**Frau Schnürer (ALS-mobil):** Guten Tag in die Runde! – Ich vertrete den Verein ALS-mobil.

Uns ist aufgefallen, dass die Richtlinie bisher keine Konkretisierung trifft für Personen, die ihre Intensivpflege selbstbestimmt im Rahmen eines persönlichen Budget im ArbeitgeberInnen-Modell sicherstellen.

Dieser Anspruch ist ja klar gesetzlich im § 37c geregelt. Es fehlt allerdings an einer konkreten Regelung, um Rechtsstreitigkeiten mit den Krankenkassen in der Zukunft zu vermeiden. Hier ist es insbesondere wichtig, dass geregelt wird, dass diese Assistenz im Rahmen eines persönlichen Budgets gerade nicht durch Pflegefachkräfte durchgeführt werden muss, sondern durch

selbst ausgesuchte AssistentInnen, die gegebenenfalls branchenfremd sind, die allerdings eingearbeitet und fortgebildet werden. Hierzu wünschen wir uns eine Konkretisierung in der Richtlinie, die bisher unterblieben ist.

Der Hinweis vielleicht noch auf die Gesetzesbegründungen: Hierzu gibt es konkrete Ausführungen. Das heißt, es ist durchaus gewollt vom Gesetzgeber, dass das hier weiter ausgeführt und gestärkt wird.

Was uns große Bedenken macht, ist die Regelung, dass eine Zielvereinbarung zwischen der Krankenkassen und den Versicherten geschlossen werden muss in Bezug auf die Gegebenheiten in der häuslichen Intensivpflege.

Wie wir es aus dem persönlichen Budget wissen, ist der Abschluss einer Zielvereinbarung mit der Krankenkassen ein regelmäßiger Streitpunkt. Im Rahmen dieser Richtlinie ist noch nicht konkretisiert, was in dieser Zielvereinbarung vereinbart werden soll, und was quasi akzeptiert werden muss von den Krankenkassen. Hier sehen wir ein Einfallstor für schwere Rechtsverletzungen für die Versicherten, die anspruchsberechtigten Versicherten, die letztlich dann in eine Zwangslage kommen können und eine stationäre Versorgung in Anspruch nehmen müssen, weil die Krankenkassen darauf pocht, dass die Zielvereinbarung nicht umgesetzt wurde, die allerdings unter Umständen beispielsweise bauliche Maßnahmen fordert, die aus psychischen oder auch finanziellen Gründen nicht umgesetzt werden können.

Also hier das ganz dringende Statement: Wenden Sie sich noch dem persönlichen Budget zu, und konkretisieren Sie das, damit wir nicht weiter kämpfen müssen. – Vielen Dank!

(Tonausfall aufseiten des G-BA.)

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Können Sie mich jetzt hören?

(Bestätigung von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern.)

Ich wollte mich an dieser Stelle einfach ganz herzlich bedanken. – Das wollte auch Frau Pfenning tun.

Wir haben hier jetzt einen grauenhaften Rückhall, deswegen werden meine Wort kurz sein: Vielen Dank für die sehr sachliche, konstruktive, für mich sehr beeindruckende Anhörung für die Form, in der wir das gemacht haben und in der Sie das mit uns hier gemacht haben. Mein ganz herzlicher Dank dafür. Und ich denke, ich spreche auch für alle Mitglieder des Unterausschusses.

(Klärung der Identität eines per Telefon zugeschalteten Teilnehmers.)

Gut, alles klar. – Also dann haben wir auch alle Rechtmäßigkeiten dieser Anhörung erfüllt. Wie gesagt: Vielen Dank!

Schluss der Anhörung: 13:01 Uhr

### **B-6.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen**

Der Unterausschuss UA VL hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 4 VerfO).

## B-7 Ergebnis der Auswertung der Stellungnahmen (Delta-Dokument)

### Ergebnis der Auswertung der Stellungnahmen

Die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen wurden durch den Unterausschuss Veranlasste Leistungen ausgewertet und in die Beratungen einbezogen. Aufgrund der vorgetragenen Argumente zu den zur Stellungnahme gestellten Beschlussinhalten, weiteren Beratungen zur Konsentierung abweichender Voten und der rechtlichen Prüfung ergibt sich Notwendigkeit von Änderungen im Beschlussentwurf. Diese sind nachfolgend im Änderungsmodus dargestellt.

# Beschlussentwurf

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Vom TT. Monat 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2021 folgende Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V beschlossen:

- I. Die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege  
(Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-Richtlinie)**

**Inhalt**

§ 1 Grundlagen.....	3
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege .....	6
§ 3 (ehemals § 9) Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege .....	7
§ 4 (ehemals § 3) Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege ...	9
§ 5 Potenzialerhebung .....	11
§ 6 (ehemals § 5) Verordnung von außerklinischer Intensivpflege .....	18
§ 7 (ehemals § 6) Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege .....	20
§ 8 Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte .....	21
§ 9 (ehemals § 4) Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	24
§ 10 (ehemals § 7) Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements .....	27
§ 11 (ehemals § 8) Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege .....	29
§ 12 (ehemals § 10) Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege.....	30
§ 13 Evaluation.....	32
§ 14 Inkrafttreten und Übergang zur Leistungserbringung nach § 132I SGB V.....	32

## § 1 Grundlagen

(1) <sup>1</sup>Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, sofern sie die Voraussetzungen gemäß § 43 Absatz 1 erfüllen. <sup>2</sup>Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum erforderlich ist. <sup>3</sup>Medizinische Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die ~~üblicherweise an Pflegefachkräfte [PatV zusätzlich: /Pflegekräfte] delegiert werden können.~~ <sup>4</sup>Medizinische Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ~~darf zur Gewährleistung der Patientensicherheit nur durch an~~ geeignete Pflegefachkräfte ~~erbracht~~ delegiert werden können. [GKV-SV, DKG, KBV, zusätzlich: <sup>4</sup>Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.] <sup>4</sup>oder <sup>5</sup>Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V. <sup>5</sup>oder <sup>6</sup>Die Möglichkeit individueller Vereinbarungen bei Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets gemäß § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V und § 29 SGB IX bleibt unberührt.

(2) <sup>1</sup>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. <sup>2</sup>Die Verordnung erfolgt durch besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 49 Absatz 1 und 2 ~~[DKG, KBV, PatV: 1 bis 3]~~. <sup>3</sup>Die Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie erfolgt auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

(3) <sup>1</sup>Die oder der Versicherte hat nur dann einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, wenn und soweit sie oder er die außerklinische Intensivpflege nicht selbst durchführen kann. <sup>2</sup>Bei der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sind die gesundheitliche Eigenkompetenz, der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten sowie die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, von jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und von volljährigen Versicherten zu berücksichtigen (vgl. § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V). <sup>3</sup>Die Versorgung durch An- und Zugehörige soll insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie den in Satz 2 genannten jungen Volljährigen ermöglicht ~~und angemessen berücksichtigt~~ werden. <sup>4</sup>Dabei sind die Ressourcen im häuslichen Umfeld zu fördern und angemessen zu berücksichtigen.

(4) <sup>1</sup>Die ~~Versicherte erhalten~~ außerklinische Intensivpflege ~~kann an~~ folgenden Orten ~~erbracht werden~~:

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen,
2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI,
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132I Absatz 5 Nummer 1 SGB V oder

- 4. im Haushalt der oder des Versicherten oder in dem Haushalt der Familie der oder des Versicherten oder
- 5. ~~sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, in Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen.~~

<sup>2</sup>Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. ~~<sup>3</sup>Das Nähere regelt~~<sup>3</sup>Es gilt § 37c Absatz 2 ~~Sätze~~Satz 3 bis 9 SGB V.

<b>KBV, DKG, GKV zusätzlich</b>
<p><del><sup>4</sup>Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. <del>die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist,</del></li> <li>2. <del>sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</del></li> <li>3. <del>für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur).</del></li> </ul>

<b>GKV-SV, KBV, DKG</b>	<b>PatV</b>
<p>(5) <sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege kann <del>[PatV: kann soll]</del> für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden. <sup>2</sup>Auch für die Zeit des Aufenthaltes in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch diese Einrichtungen besteht (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Hospize), kann <del>[PatV: kann soll]</del> außerklinische Intensivpflege nicht verordnet werden. <sup>3</sup>Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen. <sup>4</sup>§ 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.</p>	<p><u>(5) <sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege kann für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nur verordnet oder weitergeführt werden, wenn ein besonderer Unterstützungsbedarf durch eine vertraute Pflegefachkraft für die Aufnahme und Behandlung im Krankenhaus oder einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erforderlich ist. <sup>2</sup>Auch für die Zeit des Aufenthaltes in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch diese Einrichtungen besteht (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Hospize), kann außerklinische Intensivpflege nur verordnet werden, wenn die Unterstützung durch vertraute Pflegefachkräfte für die Aufnahme und Behandlung erforderlich ist. <sup>3</sup>Vertraute</u></p>

	<u>Pflegefachkräfte im Sinne von Satz 1 und 2 sind Personen, die dem Leistungsberechtigten gegenüber im Alltag bereits Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen.<sup>4</sup> § 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.</u>
--	--

(6) Diese Richtlinie ist gemäß § 91 Absatz 6 SGB V für die Träger des ~~G-BA~~Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

<b>DKG-zusätzlich</b>
<p><del>(7) — Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem 01.01.2023 verordnet.</del></p> <p><del>(8) — Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c SGB V werden von Leistungserbringern erbracht, die über Verträge gemäß § 132l Absatz 5 SGB V verfügen. Darüber hinaus kann die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37e SGB V übergangsweise auch durch Leistungserbringer mit Verträgen gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V.</del></p>

(7) Die Regelungen dieser Richtlinie gelten entsprechend für Verordnungen in elektronischer Form, soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist.

**§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, an den in § 1 Absatz 4 genannten Orten im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung die Patienten- und Versorgungssicherheit von Versicherten, die die Voraussetzungen nach § 34 Absatz 1 erfüllen, nach Maßgabe ihres individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. <sup>2</sup>Sie dient im Rahmen des Leistungsumfanges der GKVgesetzlichen Krankenversicherung auch der Verbesserung der Lebensqualität.

(2) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege ist auf ~~ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel~~ individuelle, patientenzentrierte Therapieziele auszurichten. <sup>2</sup>Therapieziele sind

1. die Sicherstellung von Vitalfunktionen,
2. die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie
3. die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und ~~den~~ er sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.

DKG	GKV-SV, KBV, PatV	konsentiert
<del>(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum Zeitpunkt der Verordnung kein Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besteht, ein solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.</del>	<del>(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung. <sup>2</sup>Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</del>	(3) <sup>1</sup> Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung. <sup>2</sup> Bei im Rahmen der Erhebung nach <del>§ 3 Absatz 6</del> <u>§ 5</u> festgestellten <del>m</del> <u>a</u> perspektivischen Potenzialen sollen dieses <u>im weiteren Verlauf der weiteren außerklinischen Versorgung, insbesondere der außerklinischen Intensivpflege,</u> stabilisiert und gehoben werden.

<sup>3</sup>Hierbei sind die erforderlichen Maßnahmen mit dem Ziel

1. der ausreichenden Augmentierung der alveolären Ventilation,
2. der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum Weaning-Versagen geführt haben,
3. der Wiederherstellung der atemmuskulären Kapazität sowie

4. der Wiederherstellung der Schluckfunktion

zu ergreifen. <sup>4</sup>Daraus ergeben sich insbesondere folgende unterstützende Maßnahmen:

1. die Verbesserung der Atemmechanik und des Gasaustausches,
2. die Reduktion des inadäquaten Atemantriebes und der Atemarbeit,
3. die Behandlung von Malnutrition und Katabolismus,
4. die Verbesserung der vegetativen und neuromuskulären Funktion,
5. die (Teil-) Mobilisation,
6. die Therapie der Dysphagie zur Verbesserung der Schluckfunktion und Wiederherstellung der Sprechfunktion,
7. die Rekonditionierung der atrophierten (Skelett-) Muskulatur sowie
8. die ~~verbesserte-Verbesserung der~~ Sekretclearance.

(4) Ergibt sich im Zuge der Umsetzung der Therapieziele nach Absatz 2 und Maßnahmen nach Absatz 3 bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung.

(5) Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten keine Aussicht auf nachhaltige ~~Besserung-Verbesserung~~ der zu Grunde liegenden Funktionsstörung, ist die Zielsetzung insbesondere die Therapieoptimierung und damit die ~~Besserung-Verbesserung~~ der Lebensqualität.

### § 3 (ehemals § 9) Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege

(1) <sup>1</sup>Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege ist die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege. <sup>2</sup>Zur medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege können insbesondere gehören:

1. die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen,
2. die Pflege des Tracheostomas und das Trachealkanülenmanagement,
3. das Sekretmanagement,
- ~~4. der Umgang mit Dysphagie, das Dysphagiemanagement,~~
5. die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes,
6. die Anwendung von Inhalations- und Absauggeräten,

PatV zusätzlich

~~7. der Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht-invasiven Beatmung,~~

~~8. der Umgang mit Hilfsmitteln der Sauerstofftherapie,~~

7. der Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht-invasiven Beatmung,

~~[bzw. 89.] die Bewertung die Erfassung und Bewertung von Vitalparametern (bspw. Herz-Kreislauf-Monitoring),~~

~~8. [bzw. 9 10]. die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen und des Krisenmanagements,~~

~~9. [bzw. 10 11.] die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2.~~

(2) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege beinhaltet alle im zeitlichen Zusammenhang anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V. ~~[PatV zusätzlich: Umfasst sind auch pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht.]~~ <sup>2</sup>Während des Versorgungszeitraumes der außerklinischen Intensivpflege sind diese Leistungen durch die geeignete Pflegefachkraft gemäß Absatz 6 zu erbringen. <sup>3</sup>Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können in diesen Fällen nicht separat verordnet werden.

(3) <sup>1</sup>Wird außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht, kann neben dem Anspruch nach § 37c Absatz 1 Satz 1 SGB V für Zeiträume außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V bestehen. <sup>2</sup>Sofern außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gemäß der HKP-Richtlinie ~~zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege~~ erforderlich sind, ~~die nicht während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden können,~~ gelten die dort geregelten Anforderungen.

(4) Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht verordnet und von ~~nichtärztlichen~~ Leistungserbringern nach § 132I SGBV nicht erbracht werden.

(5) <sup>1</sup>Um eine sichere Durchführung der verordneten Maßnahmen gewährleisten zu können, sind ~~[PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern]~~ geeignete Rahmenbedingungen (baulich, personell, organisatorisch) und (interne und externe) Maßnahmen der Qualitätssicherung zu gewährleisten. <sup>2</sup>Dabei ist insbesondere eine stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur notwendig. <sup>3</sup>Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

GKV-SV, KBV, DKG	PatV
<p><del>(6) —<sup>1</sup>Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege.<sup>2</sup> Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden.<sup>3</sup> Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die An- und Zugehörigen der oder des Versicherten einzubeziehen und deren Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</del></p>	<p><del>(6) —<sup>1</sup>Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege in dem nach § 10 Absatz 5 definierten Umfang zu ermöglichen.<sup>2</sup> Der ärztlich verordnete Leistungsumfang wird durch die Beteiligung der An- und Zugehörigen nicht reduziert, um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden.<sup>3</sup> Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach § 132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</del></p>

~~(7-6)~~ <sup>1</sup>Liegt der Bedarf für außerklinische Intensivpflege gemäß § 34 Absatz 1 nicht mehr vor, endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. <sup>2</sup>Diesbezügliche Hinweise sind der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt durch den Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen und durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt zu prüfen. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert anschließend nach Rücksprache mit der oder dem Versicherten unverzüglich die Krankenkasse.

**§ 4 (ehemals § 3) Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege**

~~(1) —<sup>1</sup>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen~~

DKG	GKV-SV, KBV	PatV
<p><del>wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können und daher</del></p>	<p><del>wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen</del></p>	<p><del>{keine Übernahme}</del></p>

(1) <sup>1</sup>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 ~~und 5~~ die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist. ~~[GKV-SV, KBV, PatV]~~ weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist. ~~[PatV ist sein kann]~~, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

(2) Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen kann nicht alleine auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden.

(3) <sup>1</sup>Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach § 5, dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung vorliegt, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. <sup>2</sup>Die Krankenkassen wirken unterstützend mit, geeignete Einrichtungen nach Satz 1 mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, sofern ihnen diese bekannt sind.

<u>GKV-SV, KBV, PatV</u>	<u>DKG</u>
<u><sup>3</sup>Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nur bis zum Zeitpunkt des Entwöhnungsversuches in einer auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierten stationäre Einrichtung oder in einer auf Dysphagie spezialisierten Einrichtung ausgestellt werden.</u>	<u><sup>3</sup>Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nur bis zum Zeitpunkt des Entwöhnungsversuches in einer auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierten stationäre Einrichtung oder in einer auf Dysphagie spezialisierten Einrichtung ausgestellt werden.</u>

<u>GKV-SV, KBV</u>	<u>PatV</u>
<u><del>(3) <sup>1</sup>Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. <sup>2</sup>Stattdessen</del></u>	<u><del>(3) <sup>1</sup>Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6], dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung vorliegt, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der</del></u>

<p><del>leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.<sup>3</sup>Sind kurzfristig keine Kapazitäten in einer der vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</del></p>	<p><del>verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten in der Regel unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</del></p>
--	--

~~(3) bzw. (4) Bei Bedarf, insbesondere bei Vorliegen einer infausten Prognose und wenn eine kurative Therapie nicht mehr möglich ist, ist im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt palliativmedizinische Fachkompetenz einzubeziehen.~~

~~(4) bzw. (5) <sup>1</sup>Voraussetzung für jede Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Versicherten und der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer persönlichen Untersuchung überzeugt hat~~

<p><b>PatV-zusätzlich</b></p>
<p><del>oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</del></p>

<sup>2</sup>Im Rahmen der Verordnung sind neben der pflegerischen und medikamentösen Behandlung insbesondere auch Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer sowie die Optimierung der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen.

~~(5) bzw. (6)~~

**§ 5 Potenzialerhebung**

~~(1) <sup>1</sup>Vor jeder Verordnung werden bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten **[PatV-zusätzlich, mit Ausnahme der Fälle nach den Sätzen 10 und 11]** das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) und die Möglichkeiten der Therapieoptimierung sowie die zu deren jeweils zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen individuell erhoben und dokumentiert. (dieser Prozess wird im Folgenden als Erhebung bezeichnet). <sup>2</sup>Dies umfasst auch die Prüfung **[GKV-SV, KBV, PatV: des Potenzials für eine] [DKG: der Möglichkeit einer]** Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung, die Beurteilung der Therapieadhärenz und bei festgestelltem Potenzial die Festlegung und ggf. Anpassung der Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungsstrategie.~~

<sup>3</sup>Die Erhebung dient zudem dazu, Möglichkeiten der Therapieoptimierung zu prüfen und ggf. umzusetzen. <sup>4</sup>Die Erhebung nach Satz 1 darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein. **[GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich:** <sup>5</sup>Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.] <sup>5</sup>~~oder~~<sup>6</sup>Insbesondere wird die Therapieadhärenz beurteilt und bei festgestelltem Potenzial die Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungsstrategie festgelegt und ggf. angepasst. <sup>6</sup>~~oder~~<sup>7</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt wirkt auf die Umsetzung der nach **[DKG, KBV, GKV-SV: Satz 1 bis 6] [PatV: Satz 1 bis Satz 5]** dokumentierten Maßnahmen hin. <sup>7</sup>~~oder~~<sup>8</sup>Die Erhebung nach Satz 1 kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. <sup>8</sup>~~oder~~<sup>9</sup>Mindestens einmal jährlich muss diese jedoch unmittelbar persönlich erfolgen.

<sup>2</sup>Ist die Beatmung bzw. die Trachealkanüle dauerhaft indiziert oder eine Dekanülierung oder Entwöhnung zum Zeitpunkt der Erhebung nicht möglich oder absehbar, sind die konkreten Gründe zu dokumentieren.

<b>PatV-zusätzlich</b>
<p><sup>10</sup>Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, ist in den Fällen nach Satz 9 eine erneute Erhebung nicht mit jeder Folgeverordnung verpflichtend. <sup>11</sup>Die Fachärztinnen und Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4], die die Erhebung nach Satz 1 zuletzt durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.</p>

(2) <sup>1</sup>Die Erhebung erfolgt durch die besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach § 8 (potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte). <sup>2</sup>Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V sind zur Erhebung auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. <sup>3</sup>Die Erhebung kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. <sup>4</sup>Mindestens einmal jährlich muss die Erhebung jedoch unmittelbar persönlich erfolgen.

(3) <sup>1</sup>Die Erhebung muss mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden. <sup>2</sup>Sie darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein.

(4) <sup>1</sup>Wird bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, muss die Erhebung abweichend von Absatz 3 Satz 1 mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden. <sup>2</sup>Die Erhebung darf bei diesen Versicherten abweichend von Absatz 3 Satz 2 zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als sechs Monate sein. <sup>3</sup>Sie umfasst die in diesem Paragraphen beschriebenen Inhalte, setzt aber den Schwerpunkt auf Aspekte der Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung. **[PatV zusätzlich:** <sup>4</sup>Abweichend von Absatz 2 Satz 3 kann die dort einmal jährlich unmittelbar persönlich vorgesehene

Erhebung in begründeten Einzelfällen auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden.]

(5) <sup>1</sup>Die Erforderlichkeit von weiteren Arztkontakten von potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten nach § 8 über die Erhebung hinaus, bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglicher Komplikationen. <sup>2</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt nach § 9 wirkt auf die Umsetzung der nach Absatz 1 Satz 1 bis 2 dokumentierten Maßnahmen hin.

KBV, GKV-SV, PatV	DKG
<p><del>(6) bzw. (7)</del> <sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung <del>nach Absatz [5 bzw. 6]</del> bei beatmeten Versicherten <del>sind insbesondere [PatV: sind insbesondere sollen] folgende Befunde zum Beatmungsstatus und zum Beatmungsentwöhnungspotenzial zu erheben [PatV: zu erheben erhoben werden] sollen insbesondere folgende Aspekte überprüft und in die Bewertung eines Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials einbezogen und zusammenfassend dokumentiert werden:</del></p> <p><del>0. [PatV zusätzlich: Beatmungsindikation]</del></p> <p><del>1. Erhebung folgender Kriterien:</del></p> <p><del>6.1.</del> Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat; <u>Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, die eine Entwöhnung verhindern bzw. die Spontanatmungszeit begrenzen;</u></p> <p><del>8.2.</del> Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);</p> <p><del>7.3.</del> Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten;</p> <p><del>9.4.</del> Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität; <del>[PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren] [GKV-SV,</del></p>	<p><del>(6) bzw. (7)</del> <sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung <del>nach Absatz [5 bzw. 6]</del> bei beatmeten Versicherten sind insbesondere folgende Befunde <u>und Aspekte</u> zum Beatmungsstatus und zum Beatmungsentwöhnungspotenzial zu erheben:</p> <p><del>1. Erhebung folgender Kriterien:</del></p> <p><del>1.a)</del> Atemmechanik (z.B. Hustenstoß, Sekretion);</p> <p><del>2b).</del> Hämodynamischer Status (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz);</p> <p><del>3e).</del> Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale);</p> <p><del>2.4.</del> Beurteilung der NIV-Fähigkeit;</p> <p><del>3.5.</del> Feststellung der Gasaustauschparameter (z.B. pO<sub>2</sub>, pH, pCO<sub>2</sub>, sO<sub>2</sub>) mit invasiven oder nicht invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO<sub>2</sub>-Messung);</p> <p><del>4-6.</del> Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz, FiO<sub>2</sub> oder O<sub>2</sub>-Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist);</p> <p><del>5-7.</del> Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz,</p>

<p><del>KBV zu</del> <u>sätzlich</u>; mit geeigneten Verfahren);</p> <p><del>5.</del> <u>Möglichkeiten der Therapieoptimierung insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer, medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien sowie Überprüfung der Funktionalität des evtl. Beatmungszugangs;</u></p> <p><del>1.a)</del> <u>6.</u> Atemmechanik; <u>(z.B. Hustenstoß, Sekretion);</u></p> <p><u>7.</u> <u>Hustenstoß und Sekretmanagement;</u></p> <p><del>1.b)</del> <u>8.</u> <u>Hämodynamischer Status (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz); sowie</u></p> <p><del>1.e)</del> <u>9.</u> <u>Dyspnoe-, Bewusstseins- und Schmerzstatus; Sedierungs- und Schmerzstatus</u></p> <p><del>2-</del> <u>10.</u> Beurteilung der NIV-Fähigkeit;</p> <p><del>3-</del> <u>11.</u> Feststellung der Gasaustauschparameter (z.B. pO<sub>2</sub>, pH, pCO<sub>2</sub>, sO<sub>2</sub>) mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxy-metrie und CO<sub>2</sub>-Messung);</p> <p><del>4-</del> <u>12.</u> Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz und FiO<sub>2</sub>- oder O<sub>2</sub>-Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist);</p> <p><del>5-</del> <u>13.</u> Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke, <u>durchschnittliche Nutzungszeit pro Tag und Spontanatmungszeit inkl. deren Verhinderungsgründe);</u></p>	<p>Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke);</p> <p><del>6.8.</del> <u>Klinische Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat; Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;</u></p> <p><u>9.</u> <u>Klinische Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Compliance (Mitarbeit) des Patienten;</u></p> <p><u>10.</u> <u>Evaluation des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs).</u></p> <p><sup>2</sup><u>Die Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials erfolgt unter Berücksichtigung der unter 1. bis 10. erhobenen Befunde und Aspekte.</u></p> <p><sup>3</sup><u>Bei beatmeten Versicherten, die sich bereits in der außerklinischen Intensivpflege befinden und bei denen eine Erhebung im Vorfeld einer Folgeverordnung notwendig ist, sollen, sofern nicht bereits im Zusammenhang mit der Prüfung der Kriterien 1. bis 10. erhoben, der Sitz und die Funktion der Trachealkanüle und das Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung geprüft werden.</u></p> <p><sup>4</sup><u>Die Befunderhebungen nach diesem Absatz dienen daneben auch der Klärung von Möglichkeiten der Therapieoptimierung, insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer, medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien. Wurden solche Aspekte identifiziert, sind diese der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mitzuteilen.</u></p>
--	---

<p><u>14. Standardisiertes Aspirationscreening;</u></p> <p><u>15. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]);</u></p> <p><u>16. Sitz und Funktion der Trachealkanüle.</u></p> <p><del>10. [KBV, GKV SV, PatV: Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde].</del></p>	
---	--

(7) <sup>1</sup>Erfolgt die Erhebung bei beatmeten Versicherten im Rahmen des Entlassmanagements, werden mindestens folgende Aspekte und Befunde erhoben:

1. Atemmechanik (z.B. Hustenstoß, Sekretion);
2. Häodynamischer Status (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz);
3. Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale);
4. Beurteilung der NIV-Fähigkeit;
5. Feststellung der Gasaustauschparameter (z.B. pO<sub>2</sub>, pH, pCO<sub>2</sub>, sO<sub>2</sub>) mit invasiven oder nicht invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxy-metrie und CO<sub>2</sub>-Messung);
6. Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz, FiO<sub>2</sub> oder O<sub>2</sub>-Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist ent-behrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist);
7. Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke);
8. Klinische Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;
9. Klinische Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Compliance (Mitarbeit) der oder des Versicherten;
10. Evaluation des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);
11. Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials unter Berücksichtigung der er-hobenen Befunde.

<sup>2</sup>Die Befunderhebungen nach diesem Absatz dienen daneben auch der Klärung von Möglich-keiten der weiteren Therapieoptimierung, insbesondere unter Berücksichtigung diäteti-scher, medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien im Hinblick auf

die außerklinische Versorgung. <sup>3</sup>Wurden solche Aspekte identifiziert, sind diese bei der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege zu berücksichtigen.

<b>DKG, KBV, PatV zusätzlich</b>
(7) bzw. (8) Erfolgt die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen gemäß § 3 Absatz [DKG: 5] [KBV, PatV: 6] im Rahmen des Entlassmanagements, richtet sich diese nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen diesbezüglichen Leistungsbeschreibung über den Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS).

KBV, GKV-SV, PatV	DKG
<p>(8) <del>bzw. (9)</del></p> <p><sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung <del>nach Absatz [5 bzw. 6]</del> bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten <del>sind insbesondere [PatV: sind insbesondere sollen folgende Aspekte zu überprüfen [PatV: zu überprüfen überprüft] und in die Beurteilung einzu beziehen [PatV: einzu beziehen einbezogen werden]; sollen insbesondere folgende Aspekte überprüft und in die Bewertung des Dekanülierungspotenzials einbezogen und zusammenfassend dokumentiert werden:</del></p> <p><u>2.1. Grund und Begleiterkrankungen einschließlich deren Prognose Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Schluckstörung geführt hat und Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, welche eine Dekanülierung verhindern;</u></p> <p><u>2.7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);</u></p>	<p>(8) <del>bzw. (9)</del></p> <p><sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung <del>nach Absatz [5 bzw. 6]</del> bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten <del>sind sollen</del> insbesondere folgende Aspekte <del>zu überprüfen überprüft</del> und in die Beurteilung <del>einzu beziehen einbezogen werden:</del></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atemwegsanatomie;</li> <li>2. <u>Grund und Begleiterkrankungen einschließlich deren Prognose Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Schluckstörung geführt hat und Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, welche eine Dekanülierung verhindern;</u></li> <li>3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung;</li> <li>4. Hustenstoß und <del>Fähigkeit zum</del> Sekretmanagement;</li> <li>5. <u>Fähigkeit zur Mitarbeit Einschätzung des Regenerationspotenzials und</u></li> </ol>

<p><del>6.3.</del> <u>Adhärenz-Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten;</u></p> <p><del>4.</del> <u>Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität; <del>(GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren)</del></u></p> <p><del>5.</del> <u>Möglichkeiten der Therapieoptimierung insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien;</u></p> <p><del>1-6.</del> Atemwegsanatomie;</p> <p><del>3-7.</del> Standardisiertes Aspirationscreening;</p> <p><del>4-8.</del> <u>Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]);</u></p> <p><del>9.</del> <u>Hustenstoß und Fähigkeit zum Sekretmanagement;</u></p> <p><del>8-10.</del> <u>Bewusstseinsstatus Dyspnoe, Bewusstseins- und Schmerzstatus;</u></p> <p><del>9.</del> <u>Spontanatemkapazität</u></p> <p><del>10.</del> <u><del>[KBV, GKV-SV zusätzlich: laryngeale Sensibilität]</del></u></p> <p><del>11.</del> <u>Sitz und Funktion der Trachealkanüle;</u></p> <p><del>12.</del> <u>Diätetische, logopädische, und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten</u></p> <p><sup>2</sup>Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.</p>	<p><u>der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten;</u></p> <p><del>6.</del> <u>Patientenwillen—Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);</u></p> <p><del>7.</del> <u>Bewusstseinsstatus—Dyspnoe, Bewusstseins- und Schmerzstatus;</u></p> <p><del>8.</del> <u>Spontanatemkapazität</u></p> <p><del>9-8.</del> <u>Sitz und Funktion der Trachealkanüle.</u></p> <p><del>10.</del> <u>Diätetische, logopädische, und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten</u></p> <p><sup>2</sup>Die Beurteilung des Potenzials zur Dekanülierung erfolgt unter Berücksichtigung der unter 1. bis 8. erhobenen Aspekte. <sup>3</sup>Die Befunderhebungen nach diesem Absatz dienen daneben auch der Klärung von Möglichkeiten der Therapieoptimierung, insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien. <sup>4</sup>Wurden solche Aspekte identifiziert, sind diese der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mitzuteilen.</p>
--	---

**§ 6 (ehemals § 5) Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. <sup>2</sup>Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Verordnung außerklinische Intensivpflege). <sup>3</sup>~~[GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.]~~ <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere anzugeben:

1. ~~die~~Die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für außerklinische Intensivpflege und die daraus resultierenden verordnungsrelevanten Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen **[DKG zusätzlich: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)]**;
2. Beatmungspflichtig: Ja/Nein  
Falls ja:  
a) die Beatmungsform (invasiv/nicht-invasiv; assistiert/kontrolliert);  
b) die Beatmungsdauer, (Stunden pro Tag);  
c) Spontanatmung (Stunden/Intervall);
3. Tracheotomiert: Ja/Nein  
Falls ja:  
Art der Kanüle: geblockt, ungeblockt; Sprechkanüle; Entblockzeiten;
4. **[KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: Weaning- und Dekanülierungspotenzial gemäß § ~~5~~ Absatz ~~5 bzw. 6~~ sowie die zur deren zu dessen Umsetzung erforderlichen Maßnahmen ~~und/oder~~ Begründung für Verhinderung]**;
- ~~4./~~5. PEG-Anlage: Ja/Nein;
- ~~5./~~6. Erst- oder Folgeverordnung;
- ~~6./~~7. die Therapieziele;
- ~~7./~~8. ~~das voraussichtliche Datum~~voraussichtlicher-Zeitpunkt der nächsten Erhebung nach ~~§ 3 Absatz 6,5~~;
- ~~8./~~9. die zu erbringenden Leistungen gemäß ~~§ 3 Absatz 2;9 Absatz 2~~;
- ~~9./~~10. deren Beginn und ~~Dauer~~Ende gemäß ~~§ 6,7~~;
- ~~10./~~11. den Leistungsumfang;
- ~~12. den oder die geeigneten Leistungsort(e)~~;
- ~~11./12.13~~ ggf. weitere Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege gemäß ~~§ 9~~ Absatz 3 sowie
- ~~14~~12./13. im Falle der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements das voraussichtliche Entlassdatum.

(2) <sup>1</sup>Um der oder dem Versicherten eine Bewertung über die grundsätzlich erreichbaren Therapieziele zu ermöglichen, ist bei der Verordnung eine Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten durchzuführen. <sup>2</sup>Bei der Erörterung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen ~~[GKV, PatV zusätzlich]~~ und zu dokumentieren~~];~~:

1. Therapieziele und Therapiealternativen,
2. Maßnahmen zum Erreichen der Therapieziele (z.B. Einbindung von Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Heilmitteltherapie, Schlucktraining),
3. Zeitraum für die Umsetzung der Therapieziele bzw. des Zeitpunktes für eine Zwischenkontrolle und deren Ergebnis,
4. Mitwirkung (Art und Umfang) der oder des Versicherten bzw. der An- und Zugehörigen.

<sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt zum Erreichen der Therapieziele bei.

(3) <sup>1</sup>Versorgungsrelevante Änderungen und Ergänzungen der Verordnung dürfen nur auf Grundlage einer erneuten persönlichen Untersuchung der oder des Versicherten mit Unterschrift, Stempel und Datumsangabe der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. <sup>2</sup>Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig.

(4) Ist die außerklinische Intensivpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, teilt die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt dies schriftlich und unverzüglich der Krankenkasse mit.

(5) <sup>1</sup>Bestandteil der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist der von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, ggf. unter Mitwirkung der potenzialerhebenden Ärztin oder dem potenzialerhebenden Arzt erstellte Behandlungsplan ~~[GKV-SV zusätzlich; gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie]~~, der insbesondere die Indikation, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsmaßnahmen und -dauer) umfasst, konkretisierende Angaben

1. zu den erforderlichen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege,
  2. zur Atmung,
  3. Dysphagie und Husteninsuffizienz,
  4. zu Hilfs- und Heilmitteln,
  5. zu Fähigkeiten/Funktionseinschränkungen zur Kommunikation,
  6. Mobilität, Bewusstsein, Beweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten, sowie ggf. Hinweise zum Maskentyp,
  7. zum Anfallsleiden und
  8. zur Weaning- bzw. Dekanülierungsstrategie
- umfassen soll.

<sup>2</sup>~~[GKV, DKG, PatV zusätzlich]~~ Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte~~]~~ **[DKG zusätzlich:** und die Partner des Rahmenvertrags über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V

(Rahmenvertrag Entlassmanagement)]. <sup>3</sup>Der Behandlungsplan ist der ~~Krankenkasse vorzulegen-Verordnung beizulegen.~~ <sup>4</sup>Der Behandlungsplan ist bei Änderungen (zum Beispiel des Bedarfs, des klinischen Status, der relevanten Kontextfaktoren) zu aktualisieren und erneut ~~der Krankenkasse~~ vorzulegen, sofern sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ergeben, die von der bestehenden Verordnung abweichen.

**§ 7 (ehemals § 6) Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. <sup>2</sup>Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten. <sup>3</sup>Erfolgt die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements, gilt diese als Erstverordnung und ist gemäß § 10 Absatz 1 für längstens sieben Tage auszustellen.

(2) <sup>1</sup>Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden.

**PatV zusätzlich:**

<sup>2</sup>Inbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, kann die Folgeverordnung für längstens 12 Monate ausgestellt werden, wenn kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist.

DKG, GKV-SV, KBV	PatV
<sup>2</sup> <del>Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.</del>	<i>{streichen}</i>

<sup>2</sup>Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten auf der Grundlage einer Potenzialerhebung nach § 5 keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung und ist eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich, können Folgeverordnungen für längstens bis zu 12 Monate ausgestellt werden. <sup>3</sup>Die Gründe dafür müssen aus der Verordnung hervorgehen. <sup>4</sup>Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. <sup>5</sup>Unabhängig von der Dauer der Verordnung ~~hat~~ ~~[KBV, PatV: hat soll]~~ überprüft die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt regelmäßig den Zustand der oder des Versicherten auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung zu ~~[KBV, PatV: zu]~~ überprüfen. <sup>6</sup>Die konkrete Frequenz von weiteren

Arztkontakten durch verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglichen Komplikationen.

(3) Die Folgeverordnung ist spätestens drei Arbeitstage (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

~~§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte~~

§ 8 Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte

~~(3) bzw. (4)~~

~~(1) <sup>1</sup>Die Erhebung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen gemäß § 5 § 3 Absatz 5 bzw. 6 erfolgt abweichend von Absatz 1 durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte:~~

1. Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
2. **[KBV, PatV, GKV-SV, DKG zusätzlich: Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,]**
3. **[KBV, DKG, PatV, GKV-SV zusätzlich: Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens sechsmoatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.]**
4. ~~Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens [GKV-SV: 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit] [KBV, DKG, PatV: 18-monatiger Erfahrung [PatV a]] in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]~~

<b>PatV zusätzlich</b>
<p>7</p> <p>b) in der neurologischen Frühreha-Phase B,</p> <p>c) in einem Querschnittsgelähmten Zentrum,</p> <p>d) in einem neuromuskulären Zentrum oder</p> <p>e) in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>

<b>GKV-SV, KBV, PatV</b>	<b>DKG</b>
4. <u>Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie,</u>	2. Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens <del>18</del> 36-monatiger Erfahrung in der

<p><u>Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit oder</u></p> <p>5. <u>weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.</u></p> <p><b>[PatV zusätzlich:</b></p> <p>6. <u>Für Versicherte ohne Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung gemäß § 5 Absatz 4 auch Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer klinischen Einheit, die auf die Behandlung von langzeitbeatmeten Versicherten und deren Grunderkrankung spezialisiert ist;]</u></p> <p>6. bzw. 7. <u>Für die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten auch Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.</u></p>	<p>prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.</p> <p><sup>2</sup><u>Die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten kann auch durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen, die über eine mindestens 18-monatige Erfahrung in der Behandlung entsprechend Betroffener in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügen.</u></p>
---	--

**KBV, PatV, DKG zusätzlich**

<sup>2</sup> oder <sup>3</sup> Ist für die Potenzialerhebung bzw. Befunderhebungen nach § 5 eine ergänzende Fachexpertise notwendig, ist diese konsiliarisch durch die potenzialerhebende Fachärztin oder den potenzialerhebenden Facharzt einzubinden.

<sup>2</sup> oder <sup>3</sup> oder <sup>4</sup> Erfolgt die Erhebung gemäß § 5 im Rahmen des Entlassmanagements, hat dies durch Ärztinnen und Ärzte mit folgenden Qualifikationen zu erfolgen:

1. Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder
2. Fachärztin oder Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.

**DKG zusätzlich**

<sup>5</sup> Die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten im Rahmen des Entlassmanagements kann auch durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen, die über eine mindestens 18-monatige Erfahrung in der Behandlung entsprechend Betroffener in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügen.

**DKG, KBV, PatV zusätzlich**

<sup>2</sup> Erfolgt die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] im Rahmen des Entlassmanagements, hat dies durch Ärztinnen und Ärzte zu erfolgen, die die Anforderungen für die qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus nach § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V erfüllen. <sup>3</sup> Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).

(2) <sup>1</sup> Die Befugnis zur Durchführung der Erhebung nach § 5 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>2</sup> Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen erfüllt. <sup>3</sup> Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit die Erhebung im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt.

**PatV, GKV-SV zusätzlich**

**KBV**

<p><del>(4) bzw. (5) <sup>1</sup>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Qualifikationen nach § 4 verfügen und veröffentlicht sie barrierefrei im Internet. <sup>2</sup>Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. <sup>3</sup>Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.</del></p>	<p><del>(5) Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach § 4 Absatz 1, Absatz 2 bzw. 3 und Absatz 3 bzw. 4 werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</del></p>
--	---

(3) Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach §§ 8 oder 9 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Abs. 2 SGB V veröffentlicht.

~~(5) bzw. (6)~~

(4) Die in ~~§ 4~~ diesem Paragraphen verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.

**§ 9 (ehemals § 4) Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte**

(1) <sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte darf nur von besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auf der Grundlage einer Erhebung nach ~~§ 5 § 3 Absatz 5 bzw. 6~~ verordnet werden. <sup>2</sup>Besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind solche mit einer Qualifikation nach § 8 sowie Fachärztinnen und Fachärzte

1. für Innere Medizin und Pneumologie,
2. für Anästhesiologie,
3. für Neurologie,
4. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
<p><del>5. für Kinder und Jugendmedizin [...]</del></p>	<p><del>5. für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Übergangsphase zum Erwachsenenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2</del></p>

	<p><del>grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte</del></p> <p><del>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</del></p> <p><del>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</del></p>
--	---

5. ~~für Kinder- und Jugendmedizin [.]~~

6. **[PatV, KBV, DKG zusätzlich: für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten].**

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
<p><del><sup>2</sup>Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</del></p>	<p><del><sup>2</sup>Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</del></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><del>1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),</del></li> <li><del>2. prolongiertem Weaning,</del></li> <li><del>3. Tracheostoma,</del></li> <li><del>4. Trachealkanülenmanagement,</del></li> <li><del>5. Sekretmanagement,</del></li> <li><del>6. speziellen Hilfsmitteln,</del></li> <li><del>7. Notfallsituationen und</del></li> <li><del>8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter</del></li> </ol> <p><del>verfügen.<sup>4</sup>Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung.<sup>5</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</del></p>

<sup>3</sup>Hausärztinnen und Hausärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten

verfügen. <sup>4</sup>Die Befugnis zur Verordnung für Hausärztinnen und Hausärzte bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>5</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt oder die Absicht erklärt, sich diese innerhalb von sechs Monaten anzueignen und nachzuweisen. <sup>6</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hierzu regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen anzubieten. <sup>7</sup>Falls die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine ergänzende Fachexpertise für notwendig hält, kann diese konsiliarisch eingebunden werden.

**DKG, KBV, PatV zusätzlich**

~~(2) —<sup>1</sup>Erfolgt die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege für beatmete Versicherte oder trachealkanülierte Versicherte im Rahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus, darf die Verordnung nur durch eine oder einen an der stationären Behandlung der Versicherten oder des Versicherten beteiligte(n) Ärztin oder Arzt erfolgen. <sup>2</sup>Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte~~

- ~~1. — für Innere Medizin und Pneumologie,~~
- ~~2. — für Innere Medizin und Kardiologie,~~
- ~~3. — für Anästhesiologie,~~
- ~~4. — für Neurologie,~~
- ~~5. — mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,~~
- ~~6. — für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.~~

(2) ~~bzw. (3)~~

<sup>1</sup>Bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte, die auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind~~auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte. **PatV, KBV, DKG zusätzlich**~~ <sup>2</sup>Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können nur im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten verordnen. <sup>3</sup>Die Konsilpartnerin oder der Konsilpartner ist auf der Verordnung anzugeben.

(3) Die in diesem Paragraphen verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.

**§ 10 (ehemals § 7)-Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements**

(1) Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt mit Qualifikationen gemäß § ~~4 Absatz [GKV-SV: 1 und 2] [KBV, PatV, DKG: 2 und 3]~~<sup>9)</sup> im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.

(2) <sup>1</sup>Die Ausstellung der Verordnung kann erfolgen, sobald die Erforderlichkeit der außerklinischen Intensivpflege festgestellt wird. <sup>2</sup>Das voraussichtliche Entlassdatum ist auf der Verordnung anzugeben. <sup>3</sup>Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege beginnt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten muss vor der Verordnung eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus und des diesbezüglichen Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß § ~~3 Absatz [5 bzw. 6]~~<sup>5</sup> vorgenommen worden sein.

<b>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich</b>
<sup>2</sup> Dabei ist durch das Krankenhaus sicherzustellen, dass bei aktuell vorliegendem Potenzial keine Überführung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung erfolgt.

(4) <sup>1</sup>Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wurde, hat dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren. ~~[GKV-SV, KBV, zusätzlich: <sup>2</sup>Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]~~

<b>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich</b>	<b>Kompromissvorschlag DKG vom 11.11.2021</b>
<sup>2</sup> Die Krankenkasse <u>ist</u> noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung <u>einzubeziehen</u> .	<sup>2</sup> Die Krankenkasse <u>soll</u> noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung <u>einbezogen werden</u> .

<sup>2</sup> oder <sup>3</sup> ~~[GKV-SV, KBV, DKG: Die Krankenkasse klärt unverzüglich, ob ein Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes besteht und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.]~~ <sup>3</sup> oder <sup>4</sup>

<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG, GKV-SV, KBV, PatV</b>	<b>PatV</b>
--------------------	-------------------------------	-------------

<p><del>Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt hat, benennt die Krankenkasse der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.</del></p>	<p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt, kann die Krankenkasse der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus diesbezügliche Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. <sup>4 oder 5</sup> <del>Ungeachtet davon stellt</del> Daneben stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach § 132I Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar.</p>	<p><sup>3</sup><del>Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse die Versorgung durch einen Leistungserbringer oder eine von der oder dem Versicherten selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</del></p>
--	---	---

~~[DKG, GKV-SV, KBV-<sup>5 oder 6</sup>]~~ In Abstimmung mit der oder dem Versicherten nimmt das Krankenhaus Kontakt zu einem oder mehreren Leistungserbringern auf, um die Möglichkeit der Weiterversorgung der oder des Versicherten zu klären und den voraussichtlichen Entlasstag abzustimmen. <sup>6 oder 7</sup> Das Krankenhaus teilt der Krankenkasse den mit dem Leistungserbringer abgestimmten voraussichtlichen Entlasstag mit. <sup>7 oder 8</sup> Zeigt sich, dass der oder die in Aussicht genommenen Leistungserbringer keine verfügbaren Kapazitäten für die Versorgung der oder des Versicherten haben, stimmen sich die oder der Versicherte, das Krankenhaus sowie die Krankenkasse gemeinsam über das weitere Vorgehen ab. ~~[[DKG-zusätzlich: <sup>8 oder 9</sup> Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, soweit ihr diese bekannt sind.]~~

(5) <sup>1</sup>Eine Verordnung im Entlassmanagement erfolgt grundsätzlich nicht, soweit für die oder den Versicherten unmittelbar vor Beginn der Krankenhausbehandlung Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer gültigen Verordnung erbracht wurden und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter erbracht werden sollen. <sup>2</sup>Um die Planung einer diesbezüglich nahtlosen Versorgung zu ermöglichen, teilt der Leistungserbringer nach § 132I SGB V dem Krankenhaus unaufgefordert die Inhalte und die Dauer der bestehenden Verordnung mit. <sup>3</sup>Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege ~~[DKG im Wesentlichen]~~ unverändert vorliegen. <sup>4</sup>Hält das Krankenhaus Anpassungen an der bestehenden Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach der Krankenhausentlassung in einem erheblichen Umfang für erforderlich, wird eine Verordnung durch das Krankenhaus ausgestellt. <sup>5</sup>Ein solch erheblicher Umfang liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Beatmungspflichtigkeit neu hinzugekommen oder entfallen ist oder Anpassungen hinsichtlich des Leistungsumfangs erforderlich sind ~~[DKG-zusätzlich: ]~~ die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege

einhergehen<sup>1</sup>. <sup>6</sup>Andernfalls teilt das Krankenhaus der Verordnerin oder dem Verordner in der vertragsärztlichen Versorgung Anpassungsbedarfe mit, die diese oder dieser bei ihrer oder seiner Verordnung berücksichtigen soll.

(6) Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die im ambulanten Bereich weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass eine nahtlose Anschlussversorgung ermöglicht wird.

(7) <sup>1</sup>§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. <sup>2</sup>Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

**§ 11 (ehemals § 8) Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege**

(1) Die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V i. V. m. § 275 Absatz 2 Nummer 5 SGB V mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. <sup>2</sup>Werden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt sowie die oder den Versicherten über die Gründe zu informieren.

(3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der in den Verträgen nach § 132I Absatz 5 SGB V vereinbarten Vergütung, wenn die Verordnung spätestens an dem

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
fünften	dritten

vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. <sup>2</sup>Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

(4) Die Leistungserbringer, die außerklinische Intensivpflege durchführen, sind zunächst an die Verordnung und bei Vorliegen der Genehmigung ~~gemäß § 8~~ an diese gebunden.

**§ 12 (ehemals § 10) Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege**

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<del>{Absatz streichen}</del>	<del>(1) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Koordination einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz 5 bzw. 6.</del>

~~(1) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung der oder des Versicherten einschließlich der rechtzeitigen Einleitung des Verfahrens zur Erhebung nach § 5.~~

~~(1) bzw. (2) <sup>1</sup>Die an der außerklinischen Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weiteren Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. geeignete Pflegefachkräfte, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger, Atmungstherapeuten) arbeiten im Rahmen eines Netzwerkes eng zusammen. <sup>2</sup>Dazu gehören, ausgerichtet an dem individuellen Bedarf ~~{PatV zusätzlich: und unter Beteiligung}~~ der oder des Versicherten, Teambesprechungen aller beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Angehörigen von Gesundheitsfachberufen ~~{PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen}~~ mit klar definierten und dokumentierten Absprachen. <sup>3</sup>Hierbei sollen die oder der Versicherte und die an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen in geeigneter Weise eingebunden werden. <sup>2</sup>Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung ~~{KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu}~~ ~~{GKV-SV: sind verpflichtend}~~. <sup>4</sup>Im Rahmen der Zusammenarbeit sollen auch Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung eingegangen werden. <sup>4</sup>Bereits in der Versorgung etablierte Kooperationsformen sollen fortgeführt werden, ~~{GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen}~~.~~

~~(2) bzw. (3) Bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, ist Ziel der Kooperation auch die Sicherung der Versorgungskontinuität bei Beendigung der Versorgung durch die Kinderärztin oder den Kinderarzt Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt~~

~~(3) bzw. (4) <sup>1</sup>Der Leistungserbringer nach § 132l SGB V berichtet der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt bei Veränderungen in der Pflegesituation bzw. bei Veränderungen, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken oder nach Aufforderung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden~~

Vertragsarzt, gegebenenfalls auch unter Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation. <sup>2</sup>Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt ~~entsprechend dem Behandlungsplan~~ über Veränderungen des Gesundheitszustandes und über Unter- oder Überschreitung von durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt definierten Grenzwerten der Vitalzeichen zu informieren. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

~~(4) bzw. (5)~~ <sup>1</sup>Insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert der Leistungserbringer nach § 132I SGB V unverzüglich die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt. <sup>2</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die erforderlichen Maßnahmen zur Prüfung eines Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials ein. <sup>3</sup>Die Krankenkasse wird über das Ergebnis informiert.

<b>GKV-SV, DKG</b>	<b>KBV, PatV</b>
<del><sup>2</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.</del>	<del><sup>2</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.</del>

~~(6)~~

<b>KBV, DKG (5), GKV-SV (6)</b>	<b>PatV, KBV, DKG, GKV-SV</b>
<del><sup>1</sup>Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132I SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen. <sup>2</sup>Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. <sup>3</sup>Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. <sup>4</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</del>	<sup>1</sup> Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese <u>und die oder der Versicherte</u> das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. <sup>2</sup> Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. <sup>3</sup> Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse <u>unverzüglich</u> über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.

~~(6) oder~~ (7) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert den Leistungserbringer nach § 132I SGB V über neue pflegerelevante Befunde.

<del>KBV, PatV, DKG, GKV-SV</del>	<del>DKG, GKV-SV</del>
<del>(7)(8)<sup>1</sup>Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</del>	<del>(7) oder (8)<sup>1</sup>Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</del>

sind die Pflegedokumentation und bei beatmeten Versicherten zusätzlich die im Beatmungsgerät hinterlegten Beatmungsparameter und das Beatmungsprotokoll auszuwerten. <sup>2</sup>~~Dies erfolgt ggf. in Abstimmung mit den potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten.~~ <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin bzw. der verordnende Vertragsarzt vermerkt bei Bedarf Anordnungen in der Pflegedokumentation.

**§ 13 Evaluation**

~~Der G-BA soll die Auswirkungen dieser Richtlinie insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der außerklinischer Intensivpflege, der Auswirkungen auf die Versorgung, der Entwicklung der Zahl der verordnenden und potenzialerhebenden Ärzte sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen [PatV:drei] [[KBV, GKV-SV, DKG, (PatV prüft): vier] Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie prüfen.~~

**§ 14 Inkrafttreten und Übergang zur Leistungserbringung nach § 132I SGB V**

(1) <sup>1</sup>Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. <sup>2</sup>Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie erfolgen ~~[PatV, DKG: erst]-ab dem 1. Januar 2023.-[DKG, PatV, KBV zusätzlich: <sup>3</sup>Bis zu diesem Zeitpunkt werden~~ Verordnungen zur außerklinischen Intensivpflege nach der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie verordnet.]

(2) <sup>1</sup>Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c SGB V werden von Leistungserbringern erbracht, die über Verträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V verfügen. <sup>2</sup>Die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach § 132I Absatz 5 Satz 1 SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

**Anhang Behandlungsplan**

~~[PatV, KBV, DKG: kein Behandlungsplan als Bestandteil der Richtlinie]~~

**Abschnitt 1: Allgemeine Angaben**

~~Leistungs- bzw. Kostenträger:~~

~~Versicherte oder Versicherter:~~

~~An- und Zugehörige:~~

~~Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter:~~

~~Entlassende Klinik:~~

~~Nächste geplante persönliche Untersuchung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt:~~

~~Nächste geplante persönliche Untersuchung in einer auf Beatmungsentwöhnung spezialisierten stationären Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierten stationären Einrichtung gemäß § 3 Absatz 6 der AKI-RL:~~

~~Ort der Leistungserbringung:~~

~~Pflegerischer Leistungserbringer:~~

- ~~• Pflegedienst mit einem Vertrag nach § 132f SGB-V~~
- ~~• Vollstationäre Pflegeeinrichtung~~
- ~~• Wohngruppe~~
- ~~• Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Behindertenhilfe~~

~~Mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Einrichtungen sowie Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Heilmitteltherapie:~~

~~Maßnahmen der Heilmitteltherapie:~~

- ~~• Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie~~

## ~~Abschnitt 2: Fähigkeiten und Hilfsmittel bzw. Einstellungen~~

~~Anfallsleiden:~~

- ~~• Art und Häufigkeit~~

~~Bewusstseinslage:~~

~~Kommunikation:~~

~~Funktionsbeeinträchtigung obere Extremität:~~

~~Funktionsbeeinträchtigung untere Extremität:~~

~~Mobilität:~~

~~Beatmungsgerät und -einstellungen:~~

~~Maskentyp-NIV:~~

~~Sauerstoffinsufflation und -therapiegerät:~~

~~Inhalationsgerät:~~

~~Absauggerät:~~

~~Hustenassistent:~~

**Abschnitt 3: Therapieziel, Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege**

Therapieziel (Benennung des Therapieziels, z.B. erfolgreiches Weaning), Beschreibung der Maßnahmen zur Erreichung des Therapieziels, dabei sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen zu berücksichtigen (z.B. Einbindung von Therapeutinnen und Therapeuten und An- und Zugehörigen, Fortführung des Schlucktrainings durch alle Beteiligten), Bestimmung des Zeitraums bis zur Erreichung des Therapieziels bzw. Zeitpunkt der Kontrolle zur Erreichung des Therapieziels:

Unterstützende Pflege durch An- und Zugehörige:

Konkretisierende Hinweise zu den erforderlichen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege:

Konkretisierende Hinweise zu den weiteren Maßnahmen der Behandlungspflege:

Konkretisierende Hinweise zur Ernährung:

Konkretisierende Hinweise zur Weaning- oder Dekanülierungsstrategie gemäß § 2 Absatz 3

II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundeanzeiger 1. Januar 2023 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

