



Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Um Ihnen die Stellungnahme bezüglich einzelner Positionen zu vereinfachen, sind entsprechende Passagen in der Tabelle bereits im Wortlaut aufgeführt. Wir möchten Sie darum bitten, in Ihrer Stellungnahme bei Bedarf auf einzelne Positionen und Formulierungen einzugehen.

Alle konsentierten Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

	Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (BV Lebenshilfe) Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm) Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e.V. (Anthropoi BV)	
	22. Juli 2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL	Stellungnahme / Änderungsvorschlag ↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	Begründung ↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.
§ 1 Grundlagen		
§ 1	Absatz 1	

§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte
			<p>Die Ergänzung der PatV wird unterstützt.</p> <p>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). Nur auf diese Weise ist nach Auffassung von BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV die <i>synonyme</i> Verwendung beider Begriffe – die laut den Ausführungen in den Tragenden Gründen sowohl von allen drei Bänken als auch von der PatV angestrebt ist - überhaupt möglich.</p> <p>Inhaltlich wird durch die Ergänzung klargestellt, dass es durch den in § 37c SGB V verwendeten Begriff der medizinischen Behandlungspflege nicht zu einer Leistungsverkürzung kommt. Die wortgleiche Definition beider Begriffe stellt nämlich 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 AKI sind deshalb z.B. auch die Medikamentengabe nach ärztlicher Anweisung und die Messung von Blutdruck und Blutzucker.</p>

				Zu den Befürchtungen einer Leistungsreduktion, zu der es durch die Verwendung des Begriffs der „medizinischen Behandlungspflege“ in § 37c SGB V kommen könnte, wird ergänzend auf das Rechtsgutachten zum GKV-IPReG von Prof. Dr. Trenk-Hinterberger und Dr. Oliver Tolmein verwiesen (im Internet abrufbar unter: https://www.shvfg.de/2020/09/01/besteht-eine-zustimmungspflicht-des-bundesrates-zum-ipreg/)
§ 1	Abs. 1	Satz 5	GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵ Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.	
			Die Ergänzung von GKV-SV, DKG und KBV wird abgelehnt.	Die näheren Anforderungen an die geeignete Pflegefachkraft werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V getroffen und sind nicht Gegenstand der AKI-Richtlinie. Richtungsweisende Vorgaben für die pflegerische Qualifikation der geeigneten Pflegekräfte sollten deshalb sowohl in der Richtlinie als auch in den Tragenden Gründen unterbleiben.
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4			

§ 1	Abs. 4	Satz 4	<p>KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist, 2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und 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).
<p>Formulierungsvorschlag zu Ziffer 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme <u>an diesem Ort</u> zuverlässig durchgeführt werden kann und 			<p>Die Voraussetzung eines „regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalts“ schränkt die Orte, an denen AKI erbracht werden kann, unzulässigerweise ein. Diese Einschränkung geht über die bloße Konkretisierung von Merkmalen eines sonstigen geeigneten Ortes hinaus und ist deshalb von der Ermächtigungsnorm des § 37c Absatz 1 Satz 8 nicht gedeckt. Die einschränkende Formulierung ist deshalb nach Auffassung von BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropei BV zu streichen.</p> <p>Gerade bei Kindern und Jugendlichen mit Intensivpflegebedarf ist die Integration in den Kreis Gleichaltriger für die persönliche Entwicklung von besonderer Bedeutung. Auch an Orten der Sozialen Teilhabe, wie z.B. der Freizeitgestaltung (Kino- oder Konzertbesuch, Ausflug mit dem Fahrrad etc.), an denen sich Betroffene nur gelegentlich aufhalten, muss es deshalb ermöglicht werden, AKI in Anspruch zu nehmen.</p>

				<p>Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass außerklinische Intensivpflege in der Regel 24 Stunden am Tag erbracht wird und sich deshalb rund um die Uhr auf das Leben der betroffenen Versicherten auswirkt. Eine Beschränkung der AKI auf Orte, an denen sich Versicherte „regelmäßig wiederkehrend aufhalten“, ist deshalb mit dem in Art. 19 UN-BRK festgelegten Recht auf selbstbestimmte Lebensführung nicht vereinbar.</p> <p>Im Übrigen wird die Voraussetzung eines „regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalts“ als nicht zielführend für die Konkretisierung von betreuten Wohnformen angesehen, die ebenfalls „sonstige geeignete Orte“ im Sinne von § 1 Absatz 4 Nr. 5 sind. In diesen Wohnformen leben Menschen mit Intensivpflegebedarf dauerhaft und nicht „regelmäßig wiederkehrend“.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	<p>Die Formulierung der PatV wird unterstützt.</p> <p>Nach Auffassung von BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV weist die PatV in den Tragenden Gründen zu Recht auf Defizite bei der Versorgung von Versicherten mit Intensivpflegebedarf in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen hin. Gründe hierfür sind zum einen der Personal-mangel in den Krankenhäusern und zum anderen, dass das</p>

				<p>dortige Pflegepersonal auf die Versorgung dieses Personenkreises mit seinen sehr spezifischen Bedarfen nicht hinreichend eingestellt ist.</p> <p>In der Praxis kommt es deshalb häufig vor, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten bei einem Krankenhausaufenthalt erheblich verschlechtert. Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Intensivpflegebedarf vermeiden deshalb – wenn es nur irgendwie geht – einen Klinikaufenthalt. Kommt es dennoch zu einer Krankenhausbehandlung sehen sich Eltern genötigt, ihre Kinder in die Klinik zu begleiten. Häufig sind sie dann rund um die Uhr am Krankenhausbett präsent, um die 1:1-Versorgung ihrer Kinder zu gewährleisten. Aufgrund von Schlafmangel und fehlender Erholungszeiten entsteht hierdurch eine extreme Überlastung der Angehörigen. In dieser Ausnahmesituation müssen die Eltern häufig schwierige Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen treffen, die sich unter Umständen lebensbedrohlich für ihre Kinder auswirken. Die Eltern sind dadurch zusätzlichen psychischen Belastungen ausgesetzt.</p> <p>Insbesondere Versicherten mit angeborenen Erkrankungen oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen muss es deshalb ermöglicht werden, von dem Pflegepersonal, das sie in der Häuslichkeit versorgt und das speziell für ihre Bedarfe eingearbeitet ist, ins Krankenhaus begleitet zu werden. Insofern ist der Position der PatV zuzustimmen, wonach in</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>Ausnahmefällen außerklinische Intensivpflege für den Zeitraum einer Krankenhausbehandlung oder für die Zeit des Aufenthalts in den anderen in § 1 Absatz 5 beschriebenen Einrichtungen verordnet werden kann.</p> <p>Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass die am 24. Juni 2021 vom Bundestag beschlossenen Regelungen zur Assistenz im Krankenhaus die beschriebenen Versorgungsdefizite von Versicherten mit Intensivpflegebedarf nicht ausgleichen können. Während die dort beschlossenen Maßnahmen Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen als nichtmedizinische Nebenleistungen zur stationären Krankenhausbehandlung umfassen, geht es bei der Versorgung intensivpflegebedürftiger Patienten im Krankenhaus um die Sicherstellung pflegerischer Bedarfe, für die die Krankenhäuser selbst personell nicht entsprechend aufgestellt sind.</p>
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich:	<p>(7) Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem 01.01.2023 verordnet.</p> <p>(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</p>

			gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V.			
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		DKG (3) ¹ 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.	GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹ 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 nichtinvasive Beatmung. ² Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
§ 2	Absatz 4				
§ 2	Absatz 5				
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege					
§ 3	Absatz 1	Die Formulierung der PatV wird unterstützt.		<p>Laut dem im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ebenfalls übersandten Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie „Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege“ soll die Nummer 24, die derzeit die Verordnung von „spezieller Krankenbeobachtung“ im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie regelt, mit Wirkung zum 31.10.2023 gestrichen werden.</p> <p>Um sicherzustellen, dass dem Personenkreis, der bislang Anspruch auf „spezielle Krankenbeobachtung“ nach besagter Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie hatte, künftig nach der AKI-Richtlinie außerklinische Inten-</p>	

sivpflege zu verordnen ist, sollte sich die Definition des anspruchsberechtigten Personenkreises nach Auffassung von **BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV** eng an den in Nr. 24 „spezielle Krankenbeobachtung“ geregelten Voraussetzungen orientieren.

Auf gar keinen Fall darf es zu einer Beschränkung des bislang anspruchsberechtigten Personenkreises kommen. Eine solche Beschränkung steht zu befürchten, wenn über die bisherigen und bereits heute streitbefangenen Zugangsvoraussetzungen hinaus, noch weitere Kriterien für die AKI erfüllt sein müssten. Ganz entschieden sprechen sich deshalb **BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV** gegen den Vorschlag des GKV-SV und der KBV aus, wonach nur solche Erkrankungsbilder, die „*lebensbedrohliche Störungen von Vitalfunktionen*“ beinhalten, zur Verordnung von AKI berechtigen. Diese Definition fokussiert in erster Linie auf beatmete bzw. trachealkanülierte Versicherte, bei denen die Vitalfunktion „Atmung“ in lebensbedrohlicher Weise betroffen ist.

Versicherte mit 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. Gerade Kinder und Jugendliche mit solchen Krankheits-

						<p>bildern sind aber z.B. für den Schulbesuch auf die Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft angewiesen, die in lebensbedrohlichen Situationen sofort intervenieren kann. Im Sinne von Inklusion und dem Recht auf Schulbesuch halten BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV das einschränkende Zusatzkriterium von GKV-SV und KBV deshalb für völlig inakzeptabel.</p> <p>Hinzu kommt, dass der Begriff „Vitalfunktionen“ auslegungsbedürftig ist und unterschiedliche Mediziner unterschiedliche Funktionen darunter subsumieren. Weitere Rechtsstreitigkeiten über den Anspruch auf AKI wären damit vorprogrammiert.</p>		
§ 3	Abs. 1		<p>DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits-</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktio-</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

		<p>oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können und daher 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</p>	<p>nen 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 weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention</p>	<p>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</p>			
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

			ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.	tion bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem	PatV: (3) ¹ Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten	GKV-SV, KBV	PatV		

		<p>Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ²Stattdessen 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. ³Sind kurzfristig keine Kapazitäten in einer der vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung</p>	<p>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>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			
§ 3	Absatz 5 bzw. 6		Die Ergänzung der PatV in Satz 1 „mit Ausnahme der Fälle nach den Sätzen 10 und 11“ wird unterstützt.	<p>Nach Auffassung von BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV machen die Ergänzung und die weiteren Vorschläge der PatV in den Sätzen 10 und 11 ein Defizit deutlich, dass bereits im GKV-IPReG selbst angelegt ist und sich nun in den entsprechenden Regelungen der Richtlinie fortsetzt:</p> <p>Menschen, die kein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial haben, werden in den Regelungen nicht ausreichend berücksichtigt! Ebenso wie das Gesetz fokussiert die Richtlinie in erster Linie auf die Ausschöpfung des Weaningpotenzials beatmeter Patient*innen. Der besonderen Versorgungssituation von Menschen, bei denen die</p>		

			<p>Beatmung bzw. die Trachealkanüle dauerhaft indiziert ist, wird die Richtlinie deshalb insgesamt nicht gerecht.</p> <p>Im Einzelnen:</p> <p>Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V sind bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken.</p> <p>Diese Regelung, die für Patienten, die ein entsprechendes Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial haben, uneingeschränkt zu begrüßen ist, um ihnen mehr Lebensqualität zu verschaffen und gleichzeitig Missbrauchsmöglichkeiten und Fehlanreize in der AKI zu vermeiden, wird gleichermaßen angewendet für Patient*innen, bei denen die Beatmung bzw. die Trachealkanüle z.B. aufgrund angeborener oder frühkindlich erworbener Funktionsstörungen dauerhaft indiziert ist. Eine Potenzialerhebung ist hier aber nicht zielführend, weil eine Funktion, die nie vorhanden war oder in früher Kindheit unwiederbringlich verloren gegangen ist, nicht wiederhergestellt, sondern nur mit der notwendigen Versorgung kompensiert werden kann. Die Versorgung muss in diesen Fällen ein positives Selbstbild und Selbstbewusstsein ermöglichen und unterstützen und nicht - z.B.</p>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>durch regelmäßig wiederholte Weaning-Versuche - ein defizitäres Bild des eigenen Selbsts vermitteln. Das schadet der Entwicklung, der Gesundheit und auch der verlässlichen sozialen Einbettung.</p> <p>Die alle sechs Monate durchzuführende Erhebung ist in diesen Fällen auch nicht zumutbar, zumal sie in der Regel mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sein wird, weil die qualifizierten Ärztinnen und Ärzte, die künftig nach § 4 Absatz 3 bzw. Absatz 4 das betreffende Potenzial erheben sollen, im ambulanten Bereich nur in sehr begrenzter Zahl zur Verfügung stehen.</p> <p>Besonders hart trifft dies den von der PatV in den Sätzen 10 und 11 beschriebenen Personenkreis der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit Intensivpflegebedarf. Sie leiden oftmals unter angeborenen Erkrankungen oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen und sind für die Versorgung im Krankenhaus auf die Versorgung durch Pflegepersonal angewiesen, das speziell für ihre Bedarfe eingearbeitet ist (siehe dazu oben die Ausführungen zu § 1 Absatz 5). Dieses Personal ist in Krankenhäusern aber häufig nicht vorhanden, so dass sich der Gesundheitszustand der Betroffenen oftmals aufgrund des Aufenthalts im Krankenhaus erheblich verschlechtert. Um diese unnötigen Belastungen der Patienten zu vermeiden, sind deshalb bei dauerhafter Indikation der Beatmung bzw. Trachealkanüle Ausnahmen</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>von der Potenzialerhebung vor jeder Verordnung vorzusehen.</p> <p>Sollte dies mit der gesetzlichen Regelung in § 37 Absatz 1 Satz 6 SGB V nicht vereinbar sein, wird dem Bundesministerium für Gesundheit, dem die AKI-Richtlinie nach § 94 SGB V zur Prüfung vorzulegen ist, bereits jetzt angezeigt, dass hier aus Sicht von BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthro- poi BV dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht.</p>	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi-	DKG: der Möglichkeit ei-	GKV-SV, KBV	DKG
			als für eine	ner		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			
			Der zusätzliche Satz 5 von GKV-SV, KBV und DKG wird abgelehnt.	Die zwingend vorgesehenen Prüfungsintervalle von 6 Monaten lassen keine Spielräume zu und sind insbesondere vor dem Hintergrund, dass nicht genügend Fachärzt*innen für die Umsetzung zur Verfügung stehen, zu eng gefasst.		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	PatV zusätzlich: ¹⁰ 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. ¹¹ Die Fachärztinnen und Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4], die die Erhebung nach Satz 1 zuletzt			

			<p>durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.</p>		
			<table border="1"> <tr> <td data-bbox="533 427 1234 1326"> <p>Die zusätzlichen Sätze 10 und 11 der PatV werden unterstützt.</p> </td> <td data-bbox="1234 427 2031 1326"> <p>Nach Auffassung von BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV führt die PatV hierzu in den Tragenden Gründen zutreffend aus, dass es in diesen Fallkonstellationen aufgrund der dauerhaften Indikation der Beatmung bzw. Trachealkanüle medizinisch nicht angezeigt ist, dass Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial, die Möglichkeit der Therapieoptimierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen vor jeder Folgeverordnung und damit zwingend mehrmals im Jahr durch Fachärztinnen und Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4] (potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte) erneut zu erheben. Auch sind potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte nicht flächendeckend vorhanden und in der Regel in Krankenhäusern tätig. Die Erhebung ist daher häufig mit weiten Wegen sowie unter Umständen mit Krankenhausaufenthalten und dadurch mit erheblichen Belastungen für die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen verbunden. Diesbezüglich wird ergänzend auf die Ausführungen zu § 1 Absatz 5 sowie zu § 3 Absatz 5 bzw. 6 verwiesen.</p> <p>Ausreichend muss es deshalb in diesen Fällen sein, dass die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte im Behandlungsplan festlegen, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.</p> </td> </tr> </table>	<p>Die zusätzlichen Sätze 10 und 11 der PatV werden unterstützt.</p>	<p>Nach Auffassung von BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV führt die PatV hierzu in den Tragenden Gründen zutreffend aus, dass es in diesen Fallkonstellationen aufgrund der dauerhaften Indikation der Beatmung bzw. Trachealkanüle medizinisch nicht angezeigt ist, dass Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial, die Möglichkeit der Therapieoptimierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen vor jeder Folgeverordnung und damit zwingend mehrmals im Jahr durch Fachärztinnen und Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4] (potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte) erneut zu erheben. Auch sind potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte nicht flächendeckend vorhanden und in der Regel in Krankenhäusern tätig. Die Erhebung ist daher häufig mit weiten Wegen sowie unter Umständen mit Krankenhausaufenthalten und dadurch mit erheblichen Belastungen für die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen verbunden. Diesbezüglich wird ergänzend auf die Ausführungen zu § 1 Absatz 5 sowie zu § 3 Absatz 5 bzw. 6 verwiesen.</p> <p>Ausreichend muss es deshalb in diesen Fällen sein, dass die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte im Behandlungsplan festlegen, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.</p>
<p>Die zusätzlichen Sätze 10 und 11 der PatV werden unterstützt.</p>	<p>Nach Auffassung von BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV führt die PatV hierzu in den Tragenden Gründen zutreffend aus, dass es in diesen Fallkonstellationen aufgrund der dauerhaften Indikation der Beatmung bzw. Trachealkanüle medizinisch nicht angezeigt ist, dass Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial, die Möglichkeit der Therapieoptimierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen vor jeder Folgeverordnung und damit zwingend mehrmals im Jahr durch Fachärztinnen und Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4] (potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte) erneut zu erheben. Auch sind potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte nicht flächendeckend vorhanden und in der Regel in Krankenhäusern tätig. Die Erhebung ist daher häufig mit weiten Wegen sowie unter Umständen mit Krankenhausaufenthalten und dadurch mit erheblichen Belastungen für die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen verbunden. Diesbezüglich wird ergänzend auf die Ausführungen zu § 1 Absatz 5 sowie zu § 3 Absatz 5 bzw. 6 verwiesen.</p> <p>Ausreichend muss es deshalb in diesen Fällen sein, dass die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte im Behandlungsplan festlegen, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.</p>				

§ 3	Absatz 6 bzw. 7							
§ 3	Abs. 6 bzw. 7	Satz 1	PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben	PatV	KBV, GKV-SV, DKG		
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation					
			DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV		
			KBV, GKV-SV, PatV: 6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;	DKG: 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;	KBV, GKV-SV, PatV	DKG		

			KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten	
			KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)	
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität	
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren
			PatV	GKV-SV, KBV
§ 3	Absatz 7 bzw. 8			
§ 3	Abs. 7 bzw. 8		DKG, KBV, PatV: 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).	

§ 3	Absatz 8 bzw. 9					
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	PatV: sollen [...] einbezogen werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:
			PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])	PatV, DKG	KBV, GKV-SV
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			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: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			
§ 3	Abs. 8 oder 9	Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ² Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte						
§ 4	Absatz 1					
§ 4	Abs. 1	Satz 2	KBV, PatV, DKG: 5. für Kinder- und Jugendmedizin [.]	GKV-SV: 5. für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Übergangsphase zum Erwachsenenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			<p>PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.</p>			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>KBV, PatV, DKG:</p> <p>³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p>	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen. 		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	GKV-SV: ⁴ Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵ Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.			

§ 4	Absatz 2		
§ 4	Abs. 2	Satz 1	<p>DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹Erfolgt 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. ²Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für Innere Medizin und Pneumologie, 2. für Innere Medizin und Kardiologie, 3. für Anästhesiologie, 4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, <p>für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.</p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	<p>PatV, KBV, DKG zusätzlich: ²Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.</p>
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		

§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,			
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
		<p>GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]</p>	<p>GKV-SV</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>	
			<p>Der Formulierung von KBV, DKG und PatV wird zugestimmt.</p>		<p>Es ist davon auszugehen, dass auch Fachärzt*innen, die mindestens 18 Monate Handlungskompetenzen und Erfahrungen in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung</p>	

						<p>von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit erworben haben, für die Potenzialerhebung qualifiziert sind.</p> <p>Die vom GKV-SV vorgeschlagene einschlägige 3-jährige Tätigkeit in diesen Bereichen setzt die Qualitätsanforderungen zu hoch an und schränkt damit den Kreis der potenzialerhebenden Fachärzt*innen zu sehr ein. Um die Versorgungsqualität zu verbessern, muss der flächendeckende Zugang zur ärztlichen Versorgung nachhaltig erleichtert werden.</p>
<p>PatV zusätzlich: ,</p> <ul style="list-style-type: none"> b. in der neurologischen Frühreha Phase B, c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum, d. in einem neuromuskulären Zentrum oder 						

			e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.		
			<table border="1"> <tr> <td>Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.</td> <td>Insbesondere bei jungen Patient*innen mit neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen sind die zur entwicklungsbedingten Therapieoptimierung erforderlichen Erhebungen regelmäßig unter anderem durch neurologische Fachärzt*innen zu ermöglichen, die die Grunderkrankung behandeln. Daher sind auch Fachärzt*innen mit ausreichender Erfahrung in der Neurologischen Frühreha, in Querschnittszentren und in Neuromuskulären Zentren zur Potenzialerhebung bei Patient*innen mit entsprechender Grunderkrankung zu ermächtigen. Dies entspricht der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG, wonach medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen zur Verordnung und Potenzialerhebung zugelassen werden, weil ohne sie die ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wäre (BT-Drs. 19/19368 zu Artikel 1 Nr. 2 Absatz 1, S. 27).</td> </tr> </table>	Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.	Insbesondere bei jungen Patient*innen mit neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen sind die zur entwicklungsbedingten Therapieoptimierung erforderlichen Erhebungen regelmäßig unter anderem durch neurologische Fachärzt*innen zu ermöglichen, die die Grunderkrankung behandeln. Daher sind auch Fachärzt*innen mit ausreichender Erfahrung in der Neurologischen Frühreha, in Querschnittszentren und in Neuromuskulären Zentren zur Potenzialerhebung bei Patient*innen mit entsprechender Grunderkrankung zu ermächtigen. Dies entspricht der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG, wonach medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen zur Verordnung und Potenzialerhebung zugelassen werden, weil ohne sie die ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wäre (BT-Drs. 19/19368 zu Artikel 1 Nr. 2 Absatz 1, S. 27).
Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.	Insbesondere bei jungen Patient*innen mit neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen sind die zur entwicklungsbedingten Therapieoptimierung erforderlichen Erhebungen regelmäßig unter anderem durch neurologische Fachärzt*innen zu ermöglichen, die die Grunderkrankung behandeln. Daher sind auch Fachärzt*innen mit ausreichender Erfahrung in der Neurologischen Frühreha, in Querschnittszentren und in Neuromuskulären Zentren zur Potenzialerhebung bei Patient*innen mit entsprechender Grunderkrankung zu ermächtigen. Dies entspricht der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG, wonach medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen zur Verordnung und Potenzialerhebung zugelassen werden, weil ohne sie die ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wäre (BT-Drs. 19/19368 zu Artikel 1 Nr. 2 Absatz 1, S. 27).				
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	<p>DKG, KBV, PatV zusätzlich: ²Erfolgt 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. ³Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).</p>		

§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	<p>PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Qualifikationen nach § 4 verfügen und veröffentlicht sie barrierefrei im Internet. ²Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³Sie 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>KBV: 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>	PatV, GKV-SV	KBV
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					

§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

§ 5	Absatz 1		
§ 5	Abs. 1	Satz 3	GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)
			KBV, GKV-SV, PatV zu 4.: Weaning- und Dekanülierungspotenzial gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] sowie die zur deren Umsetzung erforderlichen Maßnahmen und Begründung für Verhinderung
§ 5	Absatz 2		
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren
§ 5	Absatz 3		
§ 5	Absatz 4		

§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
§ 5	Abs. 5	Satz 2	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)	
§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege				
§ 6	Absatz 1			
§ 6	Absatz 2			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: ² 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.	
			Der zusätzliche Satz 2 der PatV wird unterstützt.	BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV befürworten in den genannten Fällen eine längere Dauer von

					<p>Folgeverordnungen. Bei dem beschriebenen Personenkreis ist die Behandlung der Erkrankung zwangsläufig mit häufigen ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgungen verbunden. Zusätzliche Arztbesuche in enger zeitlicher Taktung stellen deshalb für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine weitere enorme Belastung dar, die vermieden werden sollten, sofern sie nicht zwingend erforderlich sind.</p>	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.</p>	<p>PatV: [streichen]</p>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
§ 6	Abs. 2	Satz 3	<p>KBV, PatV: hat-soll</p>			
§ 6	Absatz 3					
<p>§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements</p>						

§ 7	Absatz 1					
§ 7	Absatz 2					
§ 7	Absatz 3					
§ 7	Abs 3	Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ² 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.			
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³ Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur	PatV: ² 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	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	gemäß Absatz 7 sicherzustellen.		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	GKV-SV, KBV: 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.	DKG: 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 Ab-	GKV-SV, KBV	DKG

				satz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	GKV-SV, KBV: ^{4 oder 5} 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. ^{5 oder 6} Das Krankenhaus teilt der Krankenkasse den mit dem Leistungserbringer abgestimmten voraussichtlichen Entlasstag mit. ^{6 oder 7} 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.			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	DKG zusätzlich: ⁷ Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.			
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
§ 7	Absatz 6					
§ 7	Absatz 7					
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 8	Absatz 1					
§ 8	Absatz 2					
§ 8	Absatz 3					

§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
§ 8	Absatz 4					
§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege						
§ 9	Absatz 1					
§ 9	Abs. 1	Satz 2	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,			
§ 9	Absatz 2					
§ 9	Abs. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: ² 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.			
			Dem zusätzlichen Satz der PatV wird zugestimmt.	Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass die außerklinische Intensivpflege auch die in der Anlage zur HKP-Richtlinie den Leistungsbeschreibungen der Behandlungspflege vorangestellten Vorsorgeleistungen umfasst, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden, speziell auf den Krankheitszustand der oder des Versicherten ausgerichtet sind		

				<p>und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern.</p> <p>Die Klarstellung erscheint insbesondere für den Fall notwendig, dass die synonyme Definition der Begriffe „Behandlungspflege“ und „medizinische Behandlungspflege“ nicht sichergestellt wird. Es steht dann zu befürchten, dass die im Formulierungsvorschlag der PatV genannten einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege im Rahmen von außerklinischer Intensivpflege nicht erbracht werden und es damit im Ergebnis zu einer Leistungsverkürzung kommt (siehe dazu die Ausführungen zu § 1 Absatz 1 Satz 3).</p>
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4			
§ 9	Absatz 5			
§ 9	Abs. 5	Satz 1	PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern	
§ 9	Absatz 6		Die Position der PatV wird unterstützt.	BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV lehnen den Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG ab, den Grundsatz

			<p>der Rückzugspflege in der AKI-Richtlinie einzuführen. Gemäß § 4 Absatz 22 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i.d.F. vom 14.10.2020 beschreibt der Begriff der Rückzugspflege einen strukturierten Prozess mit dem Ziel, den Versorgungsumfang in der ärztlichen Verordnung „anzupassen“ (vgl. § 4 Absatz 22 Satz 5).</p> <p>Aus einer ärztlichen 24/7-Verordnung von AKI könnte auf diese Weise z.B. eine ärztliche 18/7-Verordnung von AKI werden, wenn Eltern in die Lage versetzt werden, sich sechs Stunden täglich an den krankenschwägerischen Maßnahmen zu beteiligen.</p> <p>Eine solche Reduzierung des Versorgungsumfangs gefährdet jedoch die Versorgungssicherheit der Patienten. Denn bei einem z.B. krankheitsbedingtem Ausfall der An- und Zugehörigen kann aufgrund des verminderten Versorgungsumfangs nicht auf die Versorgung durch einen Pflegedienst zurückgegriffen werden. Gerade in Fällen, in denen sie selbst nicht einsatzfähig sind, sind An- und Zugehörige aber auf die Unterstützung der Pflegedienste angewiesen. Der ärztlich verordnete Leistungsumfang darf deshalb im Falle einer Beteiligung durch An- und Zugehörige an der Pflege auf gar keinen Fall reduziert werden.</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 Zugehörigen tatsächlich im jeweiligen Zeitraum an der medizinischen Behandlungspflege beteiligt waren. Diese tatsächliche Beteiligung kann durch krankheitsbedingte oder andere Ausfälle der An- und Zugehörigen variieren.	
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die An- und Zugehörigen der oder des Versicherten einzubeziehen und deren Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrank-	PatV: ¹ 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. ² Der ärztlich verordnete Leistungsumfang wird durch die Beteiligung der An- und Zugehörigen nicht reduziert, um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>kung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>	<p>beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>		
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		<p>KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i></p>	<p>GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>	<p>GKV-SV</p>

			medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre und sektorübergreifende Koordination einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung		
			Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.	BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV sind der Auffassung, dass Teambesprechungen nicht über den Kopf der Patient*innen hinweg stattfinden dürfen, sondern mit ihrer Beteiligung abzuhalten sind.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen		
			Auch diesem Zusatz der PatV wird zugestimmt.	Sofern An- und Zugehörige an der Pflege beteiligt sind, sind auch sie in die Teambesprechungen einzubeziehen. Dies gilt	

					insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intensivpflegebedarf.	
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu	GKV-SV: sind verpflichtend	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
§ 10	Absatz 2 bzw. 3					
§ 10	Absatz 3 bzw. 4					
§ 10	Absatz 4 bzw. 5					
§ 10	Abs. 4 bzw. 5	Satz 2	GKV-SV, DKG: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärz-	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			tinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6		Die Position der PatV wird unterstützt.		<p>Wie bereits oben zu § 9 Absatz 6 ausgeführt wurde, lehnen es BV Lebenshilfe, bvkm, BeB, CBP und Anthropoi BV entgegen dem Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG ab, den Grundsatz der Rückzugspflege in der AKI-Richtlinie einzuführen.</p> <p>Mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten sowie den Leistungserbringern sind Absprachen über die Beteiligung von An- und Zugehörigen an der AKI zu treffen. Dies darf aber nicht zu einer Reduzierung des ärztlich verordneten Versorgungsumfangs führen. Auf die diesbezüglichen</p>

						<p>Ausführungen zu § 9 Absatz 6 wird Bezug genommen.</p> <p>Ausdrücklich begrüßt wird, dass eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige nur auf deren Wunsch hin erfolgen darf. Auch ist in diesen Fällen die Familiensituation, insbesondere z.B. eine Berufstätigkeit der Eltern sowie die Versorgung von Geschwisterkindern zu berücksichtigen.</p>
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	<p>KBV, DKG, GKV-SV:</p> <p>¹Falls 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</p>	<p>PatV:</p> <p>¹Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung</p>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

		<p>der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen.²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen.³Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann.²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen.³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>		
§ 10	Absatz 7 bzw. 8				

§ 10	Abs. 7 bzw. 8		KBV, PatV: ¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	DKG, GKV-SV: ¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	KBV, PatV	DKG, GKV-SV
Anhang Behandlungsplan			GKV-SV Inhalte des Behandlungsplans als Bestandteil der Richtlinie	PatV, KBV, DKG: Behandlungsplan nicht als Bestandteil der Richtlinie vorsehen.	GKV-SV	PatV, KBV, DKG:
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.						