

Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation / Abschlussbericht

**Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen
Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von au-
ßerklinischer Intensivpflege**

Stand: 18. März 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

Inhaltsverzeichnis

- 1. Einleitung des Beratungsverfahrens im Bundesanzeiger**
- 2. Änderung der Stimmrechte**
- 3. Ermittlung stellungnahmeberechtigter Organisationen BAnz AT 26.01.2021 B10**
- 4. Stellungnahme Fachberatung Medizin: Leitlinienrecherche: Entwöhnung von einer Beatmung (Weaning) bzw. Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung)**
- 5. Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde**
- 6. Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden**
- 7. Bürokratiekostenermittlung**
- 8. Wortprotokoll der Anhörung**
- 9. Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung**
- 10. Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V**
- 11. Schriftliche Stellungnahmen**

1. Einleitung des Beratungsverfahrens im Bundesanzeiger

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung des Beratungsverfahrens: Erstfassung einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Vom 15. Oktober 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2020 folgenden Beschluss gefasst:

- I. Zu folgendem Thema wird ein Beratungsverfahren gemäß 1. Kapitel § 5 der Verfahrensordnung des G-BA eingeleitet:
„Erstfassung einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege“
- II. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen wird mit der Durchführung des Beratungsverfahrens nach I. unter Zugrundelegung des Zeitplans (siehe Anlage) beauftragt.

Berlin, den 15. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

2. Änderung der Stimmrechte

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Geschäftsordnung: Änderung der Anlage I zur Bestimmung der Stimmrechte nach § 91 Absatz 2a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Vom 15. Oktober 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2020 beschlossen, die Anlage I der Geschäftsordnung in der Fassung vom 17. Juli 2008 (BAnz. S. 3256), die durch die Bekanntmachung vom 17. September 2020 (BAnz AT 11.11.2020 B2) und durch die Bekanntmachung vom 17. September 2020 (BAnz AT 11.11.2020 B3) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage I der Geschäftsordnung wird wie folgt geändert:

In der Tabelle wird nach Zeile 77 folgende Zeile eingefügt:

„78. Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege)	DKG/KBV“
--	----------

II. Die Änderung der Geschäftsordnung 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 veröffentlicht.

Berlin, den 15. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

3. Ermittlung stellungnahmeberechtigter Organisationen BAnz AT 26.01.2021 B10



Bundesanzeiger

Herausgegeben vom
Bundesministerium der Justiz
und für Verbraucherschutz
www.bundesanzeiger.de

Bekanntmachung

Veröffentlicht am Dienstag, 26. Januar 2021
BAnz AT 26.01.2021 B10
Seite 1 von 2

Bundesministerium für Gesundheit

**Bekanntmachung
des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
zur Ermittlung stellungnahmeberechtigter Organisationen
gemäß § 92 Absatz 7g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
für Entscheidungen des G-BA
zur Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sowie
zur Ermittlung weiterer Stellungnahmeberechtigter im Einzelfall
zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege
– Aufforderung zur Meldung –**

Vom 21. Januar 2021

Der G-BA ist durch Einfügung des § 37c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) im Rahmen des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I. S. 2220) beauftragt, in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie zu den in § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V bezeichneten Anforderungen zu bestimmen.

Vor der Entscheidung des G-BA über die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege 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; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Ist der Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen gesetzlich nicht eindeutig festgelegt, sollen nach 1. Kapitel § 9 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO, abrufbar unter www.g-ba.de) die für die Stellungnahmeberechtigung maßgeblichen gesetzlichen Voraussetzungen im Bundesanzeiger und im Internet veröffentlicht werden und den betroffenen Organisationen innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Meldung beim G-BA gegeben werden. Nach 1. Kapitel § 9 Absatz 2 VerfO ist das Merkmal „maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene“ durch Vorlage der Satzung oder Statuten und – soweit es sich nicht um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt – durch Angabe der Mitgliederzahl glaubhaft zu machen.

Mit dieser Bekanntmachung fordert der G-BA sowohl die in § 132l Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Organisationen der Leistungserbringer sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene zur Meldung auf.

Der G-BA entscheidet aufgrund der eingehenden Meldungen über den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen nach § 92 Absatz 7g SGB V, gibt diese im Bundesanzeiger sowie im Internet bekannt und teilt den betreffenden Organisationen seine Entscheidung mit.

Mit dieser Bekanntmachung fordert der G-BA zusätzlich zu den oben genannten gemäß § 92 Absatz 7g SGB V gesetzlich vorgegebenen stellungnahmeberechtigten Organisationen 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, zur Meldung auf. Dieses Stellungnahmerecht begrenzt sich auf das Stimmabgabeverfahren des G-BA vor abschließender Entscheidung zur Erstfassung der Richtlinie. Es ist darzulegen, inwieweit hinsichtlich der Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege eine Betroffenheit der Organisation besteht.

Sofern der G-BA in der Folge feststellen wird, dass eine Organisation von geplanten Entscheidungen des G-BA zur Erstfassung einer Richtlinie zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege betroffen ist, wird dieser zu gegebenem Zeitpunkt Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme im Einzelfall gegeben.



Bundesanzeiger

Herausgegeben vom
Bundesministerium der Justiz
und für Verbraucherschutz
www.bundesanzeiger.de

Bekanntmachung

Veröffentlicht am Dienstag, 26. Januar 2021
BAnz AT 26.01.2021 B10
Seite 2 von 2

Die Unterlagen sind bis zum Ablauf des 23. Februar 2021 der Geschäftsstelle des G-BA – nach Möglichkeit in elektronischer Form (z. B. als Word- oder PDF-Dokumente) per E-Mail – zu übermitteln. Bitte teilen Sie uns Ihre Korrespondenz-Post- und E-Mail-Adresse unter Angabe einer Kontaktperson mit.

Korrespondenzadresse

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung & Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin
E-Mail: aki@g-ba.de

Nachmeldungen sind zulässig. Insoweit ist zu beachten, dass bis zu der Entscheidung über die Nachmeldung die Wahrnehmung des Stellungnahmerechts nicht möglich ist.

Berlin, den 21. Januar 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende
Prof. Hecken

4. Stellungnahme Fachberatung Medizin: Leitlinienrecherche: Entwöhnung von einer Beatmung (Weaning) bzw. Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung)

Stellungnahme



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Abteilung Fachberatung Medizin

Leitlinienrecherche: Entwöhnung von einer Beatmung (Weaning) bzw. Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung)

Auftrag / Anfrage von: AG HKP – außerklinische Intensivpflege

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 4. November 2020

Letzte Aktualisierung: 4. November 2020

Dateiname: STN_LL_Weaning_2020-11-04_Anhang_S1LL

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	3
1 Sachverhalt.....	5
2 Methodisches Vorgehen.....	6
2.1 Literaturrecherchen.....	6
2.2 Auswahl der Fundstellen.....	6
3 Hintergrund.....	7
4 Ergebnisse.....	9
4.1 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), 2017 [2].....	9
4.2 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), 2019 [5].....	16
4.3 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), 2017 [4].....	22
4.4 Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR), 2016 [3].....	25
4.5 Chawla R et al., 2020 [1].....	27
4.6 Roquilly A et al., 2020 [11].....	30
4.7 Trouillet JL et al., 2018 [13].....	33
4.8 Quintard H et al., 2017 [9].....	37
4.9 Girard TD et al., 2017 [6].....	40
4.10 Ouellette DR et al., 2017 [8].....	43
4.11 Schmidt GA et al., 2017 [12].....	46
4.12 Kneyber MCJ et al., 2017 [7].....	48
4.13 Rochweg B et al., 2017 [10].....	49
5 Zusammenfassung.....	51
Referenzen.....	53
Anhang.....	55



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verschiedene Phasen einer invasiven mechanischen Ventilation 16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gruppen der Respiratorentwöhnung gemäß der Budapester Konsensus-Konferenz [2] 7
Tabelle 2: Klassifikation der Weaning-Kategorien nach WIND [2]..... 7
Tabelle 3: Untergruppen des prolongierten Weanings [5]..... 8
Tabelle 4: Kriterien für Bereitschaft zum Weaning 17

Abkürzungsverzeichnis

AF	Atemfrequenz
AHS	Alberta Health Services
ARF	acute respiratory failure
ARI	Akute respiratorische Insuffizienz
ATS	American Thoracic Society
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CHEST	American College of Chest Physicians
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health
CLT	Cuff leak test
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CPAP	Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck - continuous positive airway pressure
CVI	Chronisch ventilatorische Insuffizienz
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DGNER	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
EPAP	expiratory positive airway pressure
ERS	European Respiratory Society
ERT	extubation readiness testing
ESPNIC	European Society for Paediatric and Neonatal Intensive Care
FICS	The French Intensive Care Society
FiO ₂	inspiratorische Sauerstofffraktion
GIN	Guidelines International Network
GoR	Grade of Recommendation

GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HF	Herzfrequenz
ICU	Intensive Care Unit
ICUAW	Intensive care unit-acquired weakness - erworbene Muskelschwäche des Kranken
INAHTA	International Network of Agencies for Health
IPAP	Inspiratory Positive Airway Pressure - positiver inspiratorischer Atemwegsdruck
ISCCM	Indian Society of Critical Care Medicine
LL	Leitlinie
LoE	Level of Evidence
MIP	maximum inspiratory pressure
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIV	non-invasive ventilation
NT-proBNP	inaktives (N -terminales) Fragment des BNP
PaCO ₂	Partial pressure of arterial carbondioxid
PEEP	positiv endexpiratorischer Druck
PEG	Perkutane endoskopische Gastrotomie
PEJ	Perkutane endoskopische Jejunostomie
PEMVECC	Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference
PES	Postextubation stridor
PICO	patient, intervention, comparison, outcome
PICU	pediatric intensive care unit
pro- BNP	probrain natriuretisches Peptid
RR	Blutdruck
RSBI	Rapid Shallow Breathing Index
SBT	Spontanatmungsversuch - spontaneous breathing trial
SCI	Spinal cord injury
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation - French Society of Anaesthesia and Intensive Care
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SIMV	Synchronized intermittent mandatory ventilation
SpO ₂	Pulsoxymetrisch bestimmte Sauerstoffsättigung
UPP	Useful Practice Point
VC	vital capacity
VT	Tidalvolumen
WHO	World Health Organization



1 Sachverhalt

Die AG HKP/ außerklinische Intensivpflege berät derzeit über eine Richtlinie nach § 37c Absatz 1 SGBV: Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPReG)

In der zukünftigen RL-Regelung zur außerklinischen Intensivpflege wird eine Erhebung des Weaningpotenzials zu operationalisieren sein (Anforderungen an Verfahren zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind). Hinsichtlich der Feststellung des Weaningpotenzials scheint es derzeit keine einheitliche Vorgehensweise bzw. Beurteilungssystematik in der Praxis zu geben.

Die AG beauftragt die FBMed in diesem Zusammenhang um eine Leitlinienrecherche zum aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur sachgerechten Identifikation und Erhebung des Potenzials zur Entwöhnung von einer Beatmung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung).

Die AG HKP hatte in der Beratung bereits folgende Leitlinien benannt:

- SK2 Leitlinie Prolongiertes Weaning/außerklinische Beatmung,
- S2k – Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz Revision 2017



2 Methodisches Vorgehen

2.1 Literaturrecherchen

Für die Stellungnahme wurde eine systematische Literaturrecherche nach evidenzbasierten Leitlinien zur Indikation Weaning und Dekanülierung durchgeführt. Der Suchzeitraum wurde auf die letzten fünf Jahre eingeschränkt und die Recherche am 30.09.2020 abgeschlossen. Folgende Datenbanken und Internetseiten wurden dafür durchsucht: MEDLINE (PubMed), CINAHL (EBSCO), AWMF, GIN, ECRI, Trip, SIGN, NICE, WHO, DAHTA, CADTH, AHS, INAHTA. Ergänzend erfolgte eine freie Internetsuche nach aktuellen deutschen und europäischen Leitlinien. Die detaillierte Darstellung der Suchstrategien ist im Anhang der Stellungnahme dokumentiert.

Die Recherche ergab insgesamt 357 Treffer.

2.2 Auswahl der Fundstellen

Die durch die Recherche ermittelten Treffer wurden einem zweistufigen Auswahlprozess (Screening) unterzogen. Im 1. Screening erfolgte eine Prüfung nach Titel und Abstract. Die hierbei eingeschlossenen 44 Treffer wurden im Volltext auf ihre Relevanz für die vorliegende Fragestellung geprüft (2.Screening). Insgesamt konnten 13 Referenzen in die vorliegende Stellungnahme aufgenommen werden.

3 Hintergrund

„Mit dem Begriff „Weaning“ ist in der Beatmungstherapie der Prozess der (vollständigen) Entwöhnung vom Respirator (Beatmungsgerät) gemeint. Die Respiratorentwöhnung nimmt eine Schlüsselaufgabe in der modernen Intensivmedizin ein. Bei ca. 40 % aller beatmungspflichtigen Patienten gestaltet sich die Respiratorentwöhnung schwierig und bedingt 50 % des gesamten intensivmedizinischen Behandlungszeitraums. Ursachen hierfür sind häufig fortgeschrittene chronische Atemwegs-, Lungen- und Thoraxerkrankungen im Endstadium, neuromuskuläre Erkrankungen und Adipositas per magna sowie fortgeschrittenen kardio-pulmonale Komorbidität, die häufig über eine Erschöpfung der Atemmuskulatur zur respiratorischen Insuffizienz führen.“

Gemäß der Budapester Konsensus-Konferenz aus dem Jahre 2005 werden drei Gruppen der Respiratorentwöhnung unterschieden: einfach, schwierig, und prolongiert.“ [2] (siehe Tabelle 1)

Tabelle 1: Gruppen der Respiratorentwöhnung gemäß der Budapester Konsensus-Konferenz [2]

Gruppe	Bezeichnung	
Gruppe 1	Einfaches Weaning	Erfolgreiches Weaning im ersten Versuch ⊙ SBT
Gruppe 2	Schwieriges Weaning	Erfolgreiches Weaning nach ≤3 SBT bzw. ≤7 Tage Beatmungsdauer
Gruppe 3	Prolongiertes Weaning	Erfolgreiches Weaning nach >3 SBT bzw. >7 Tage Beatmungsdauer

In der Weaning Klassifikation nach WIND sind Definitionen sowohl für den Separations-Versuch als auch für den Weaning-Erfolg für intubierte Patienten einerseits und für tracheotomierte Patienten andererseits gegeben (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Klassifikation der Weaning-Kategorien nach WIND [2]

Gruppe	Bezeichnung
Gruppe 0	„No Weaning“, da kein Entwöhnungsversuch
Gruppe 1	„Short Weaning“, Erster Separations-Versuch mündet in eine Beendigung der Beatmung (Weaning-Erfolg oder früher Tod)
Gruppe 2	„Difficult Weaning“, Weaning beendet mehr als 1 Tag aber weniger als 1 Woche nach dem ersten Separations-Versuch (Weaning-Erfolg oder Tod)
Gruppe 3	„Prolonged Weaning“, Weaning noch nicht beendet 1 Woche nach dem ersten Separations-Versuch (Weaning-Erfolg oder Tod) <ul style="list-style-type: none"> ⊖ Gruppe 3a – mit Weaning-Erfolg ⊖ Gruppe 3b – ohne Weaning-Erfolg

In der aktuell revidierten Leitlinie prolongiertes Weaning [5] werden „die zuvor definierten Untergruppen 3a (prolongiertes Weaning ohne NIV), 3b (prolongiertes Weaning mit NIV) sowie 3c (erfolgloses Weaning) weiter differenziert. Dabei wird zunächst klar für jede Kategorie festgelegt, ob das Weaning erfolgreich ist oder nicht.“

Tabelle 3: Untergruppen des prolongierten Weanings [5]

3a – Erfolgreiches prolongiertes Weaning von der invasiven Beatmung ohne Fortsetzung einer Langzeit-NIV		
3aI	mit Extubation/ Dekanülierung	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung <i>mit</i> Extubation/Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT mit oder ohne passagere NIV
3aII	ohne Dekanülierung	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung <i>ohne</i> Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT
3b – Erfolgreiches prolongiertes Weaning von der invasiven Beatmung mit Fortsetzung einer NIV		
3bI	mit Langzeit-NIV ohne zusätzlichen Pflegebedarf	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung mit Extubation/Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT und nur mittels Einsatz der NIV, welche nach Abschluss des Weaning-Prozesses <i>selbstständig</i> im Sinne einer außerklinischen Beatmung fortgesetzt wird
3bII	mit Langzeit-NIV und zusätzlichem Pflegebedarf	Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung mit Extubation/Dekanülierung erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT und nur mittels Einsatz der NIV, welche nach Abschluss des Weaning-Prozesses im Sinne einer außerklinischen Beatmung fortgesetzt wird, wobei ein <i>weiterer Behandlungsbedarf</i> besteht.
3c - Erfolgreiches Weaning von der invasiven Beatmung		
3cI	Mit außerklinischer Fortsetzung der invasiven Beatmung	Erfolgreiches Weaning <i>mit Fortsetzung einer invasiven Beatmung</i> via Tracheostoma nach Abschluss des Weaning-Prozesses im Sinne einer invasiven außerklinischen Beatmung
3cII	Tod	Erfolgreiches Weaning mit <i>Tod des Patienten</i> in der Klinik



4 Ergebnisse

Im Rahmen der Leitlinienrecherche wurden 13 Leitlinien als relevant für die Fragestellung eingestuft und ausgewertet. Im Folgenden werden zuerst die deutschsprachigen Leitlinien (eine S3 LL [2] und drei S2k Leitlinien [3, 4, 5]) vorgestellt und anschließend 9 Leitlinien aus dem internationalen Raum (Frankreich [9, 11, 13], Indien [1], Europa [7, 10], Amerika [6, 8, 12]) dargestellt.

4.1 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), 2017 [2]

Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz
S3-Leitlinie | AWMF-Registernummer **001-021**

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Fragestellung/Ziel

Bieten einer evidenzbasierten Informationsquelle und Entscheidungshilfe für die Versorgung von Patienten mit akuter respiratorischer Insuffizienz sowie zu den mit invasiver Beatmung und extrakorporalen Verfahren assoziierten klinischen Fragestellungen

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Leitlinie auf AWMF S3-Niveau: Interdisziplinär, systematische Literaturrecherche und Bewertung, strukturierter Konsensprozess
- Multidisziplinäre Leitliniengruppe
- Die Methodik der Erstellung dieser Leitlinie orientiert sich an der internationalen GRADE-Arbeitsgruppe (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation).
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt.
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert: Gültigkeit der LL bis 20.11.2022

Recherche/Suchzeitraum

- systematische Literaturrecherche unter Einschluss internationaler Leitliniendatenbanken
- Suchzeitraum wurde nicht angegeben

LoE

Symbol	Bewertung
++++	hohe Qualität der Evidenz
+++	moderate Qualität der Evidenz
++	niedrige Qualität der Evidenz
+	sehr niedrige Qualität der Evidenz
Expertenkonsens	kein relevante Evidenz vorhanden

GoR

Starkes Vertrauen in das Verhältnis erwünschter vs. unerwünschter Effekte, und deutliches Überwiegen der erwünschten bzw. unerwünschten Effekte	
starke Empfehlung dafür/dagegen	Formulierung: „Wir empfehlen.../Wir empfehlen: Keine ...“
Weniger Vertrauen in das Verhältnis erwünschter vs. unerwünschter Effekte oder weniger deutliches Überwiegen von erwünschten bzw. unerwünschten Effekten	
schwache Empfehlung dafür/dagegen	Formulierung: „Wir schlagen vor.../Wir schlagen vor: Keine...“
Fehlendes Vertrauen in das Verhältnis erwünschter vs. unerwünschter Effekte oder kein Überwiegen von erwünschten bzw. unerwünschten Effekten	
Keine Empfehlung	Formulierung: „Wir können keine Empfehlung für oder gegen ... abgeben.“

Empfehlungen

Im Unterkapitel „5.5 Tracheotomie“ dieser Leitlinie findet sich folgende Empfehlung unter Indikation

73	Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad Schwach	Wir schlagen vor, bei invasiv beatmeten Patienten im Erwachsenenalter im prolongierten Weaning und ohne NIV-Option eine Tracheotomie zu erwägen.	
Qualität der Evidenz - Expertenkonsens	Literatur: Schönhofer et al. Prolongiertes Weaning S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Pneumologie. 2014 Jan; 68(1):19-75. Brazilian ÖGARI: Österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Rettungsmedizin und Intensivmedizin. W. Oczenski, Ch. Hörmann: ÖGARI-Leitlinien zur invasiven Beatmung von Intensivpatienten 2012 Recommendations of mechanical ventilation 2013. Part 1 REV Bras Ter Intensiva 2014;26:89-121 BTS/ICS guideline for the ventilatory management of acute hypercapnic respiratory failure in adults; Davidson AC, et al. Thorax 2016;71:ii1-ii35	
Konsensstärke	Delegierte: 95% Fachgesellschaften: 100%	

Im Abschnitt „Transfusionstrigger während der Entwöhnung von der invasiven Beatmung“ findet sich folgende Empfehlung

85	Empfehlung	2017
Schwach	Wir schlagen vor, bei Patienten mit akuter respiratorischer Insuffizienz im Weaning von der invasiven Beatmung nicht grundsätzlich von einem restriktiven Transfusionsregime (Hb 7-9 g/dl) unter Beachtung von physiologischen Transfusionstriggern abzuweichen.	
Evidenzgrad - Expertenkonsens	Literatur: Zilberberg MD et al. Anemia, transfusions and hospital outcomes among critically ill patients on prolonged acute mechanical ventilation: a retrospective cohort study. Crit Care 2008; 12: R60	
Konsensstärke	Mandatsträger: 100% Fachgesellschaften: 100%	

In Kapitel 7 dieser Leitlinie „Entwöhnung von der Beatmung“ finden sich folgende Empfehlungen zur Definition von Weaning – Kategorien:

106	Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad Stark	Wir empfehlen, eine Einteilung invasiv beatmeter Patienten in einfach, schwierig und prolongiert entwöhnbare Patienten vorzunehmen.	
Qualität der Evidenz - Expertenkonsens	Literatur: Schönhofer et al. S2k-Leitlinie Prolongiertes Weaning. Pneumologie, 2014; 68: 19-75. Funk et al. Incidence and outcome of weaning from mechanical ventilation according to new categories. Eur Respir J 2010; 35: 88–94 Tonnelier et al. Clinical Relevance of Classification According to Weaning Difficulty. Respir Care 2011;56(5):583–590 Sellares et al. Predictors of prolonged weaning and survival during ventilator weaning in a respiratory ICU. Intensive Care Med (2011) 37:775–784 Peñuelas et al. Characteristics and Outcomes of Ventilated Patients According to Time to Liberation from Mechanical Ventilation. Am J Respir Crit Care Med Vol 184. pp 430–437, 2011	
Konsensstärke:	Delegierte: 100% Fachgesellschaften: 100%	

„Für Kinder jenseits der Neugeborenenperiode gibt es keine Studien oder Empfehlungen, die eine Definition von Weaningkategorien in gleichem Maße wie im Erwachsenenbereich vorgenommen haben.“ Eine S2k Leitlinie mit dem Titel „Lungenversagen (ARDS/ALI) im Kindesalter: akutes und nicht obstruktives“ wurde am 04.01.2016 bei der AWMF angemeldet. Die Fertigstellung dieser Leitlinie ist für den 03.01.2021 geplant ¹.

107	Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad Schwach	Wir schlagen vor, bei der Definition der Weaningkategorien eine Differenzierung nach der Ursache in hypoxämisches, hyperkapnisches und gemischtes (hypoxämisch/ hyperkapnisches) respiratorischen Versagen vorzunehmen.	
Qualität der Evidenz - Expertenkonsens	–	
Konsensstärke:	Delegierte: 100% Fachgesellschaften: 100%	

Im gleichen Kapitel werden Empfehlungen zu Weaning - Protokollen genannt.

Als Hintergrundinformation wird hier zunächst Folgendes ausgeführt:

„Protokolle zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung (Weaning-Protokolle) sind im Gegensatz zu Leitlinien und Empfehlungen standardisierte und explizite Vorgangsweisen, um möglichst frühzeitig die Entwöhnungsbereitschaft (Readiness to Wean) zu erkennen, konsequent die Spontanatmungsversuche (Spontaneous Breathing Trials) durchzuführen und eine rasche und sichere Beendigung der invasiven Beatmung bzw. Extubation/Dekannulierung herbei zu führen.“

108	Schlüsselempfehlung	2017
Empfehlungsgrad Stark	Wir empfehlen bei adulten Patienten, die länger als 24h invasiv beatmet wurden, ein Protokoll zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung (Weaning-Protokoll) anzuwenden, um standardisiert die Bewertung der Entwöhnungsbereitschaft (Readiness to Wean) zu evaluieren, die Spontanatmungsversuche (Spontaneous Breathing Trial) durchzuführen und die Kriterien zur Beendigung der invasiven Beatmung bzw. Extubation/Dekannulierung zu überprüfen.	
Qualität der Evidenz +++	Literatur: Blackwood et al. Protocolized versus non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. Cochrane Database Syst Rev 2014 Nov 6;11:CD006904 Blackwood et al. Use of weaning protocols for reducing duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2011 Jan 13;342:c7237	
Konsensstärke:	Delegierte: 100% Fachgesellschaften: 100%	

¹ URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/024-017.html> (letzter Zugriff: 30.10.2020)

Nennung von Ausnahmen (Einzelfälle oder Patientengruppen)

„Standardisierte Weaning-Protokolle sind weniger bzw. nicht effektiv wenn die Mehrzahl der Patienten ohnedies rasch extubiert werden kann, wenn die Intensivmediziner nach erfolgreichem Abschluss eines SBT nicht extubieren bzw. dekanülieren, oder wenn die Qualität der Intensivmedizin und Personalausstattung hoch sind.

Mehrere Meta-Analysen zeigen bei neurologischen bzw. neurochirurgischen Patienten keine Reduktion der Beatmungs-, der Weaning- und der Intensivbehandlungsdauer durch die Anwendung von standardisierten Weaning-Protokollen. Für den Einsatz von Weaningprotokollen bei dieser Patientengruppe kann somit aktuell keine Empfehlung ausgesprochen werden.

Für Patienten im prolongierten Weaning (Erfolgreiches Weaning nach >3 SBT bzw. >7 Tage Beatmungsdauer) findet sich eine unzureichende Studienlage, weshalb keine Empfehlung für den Einsatz von Weaningprotokollen abgegeben werden kann.“

Weaning-Protokolle bei pädiatrischen Patienten

109	Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad -	Wir können derzeit keine Empfehlung für oder gegen den routinemäßigen Einsatz von Protokollen zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung (Weaning-Protokoll) bei pädiatrischen Patienten, die länger als 24 h invasiv beatmet wurden, abgeben.	
Qualität der Evidenz +++	Literatur: Rose et al. Automated versus non-automated weaning for reducing the duration of mechanical ventilation for critically ill adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 10;6:CD009235	
Konsensstärke:	Delegierte: 89% Fachgesellschaften: 100%	

Automatisierte Weaning-Protokolle

110	Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad Schwach	Wir schlagen vor, die Anwendung automatisierter Protokolle zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung, die den Unterstützungsdruck automatisiert steuern, nach Überprüfung der Entwöhnungsbereitschaft einen Spontanatmungsversuch (Spontaneous Breathing Trial) automatisch durchführen und Empfehlungen zur Beendigung der Beatmung geben anstelle oder im Rahmen von konventionellen Weaning-Protokollen zu erwägen.	
Qualität der Evidenz ++	Literatur: Burns et al. Automated weaning and SBT systems versus non-automated weaning strategies for weaning time in invasively ventilated critically ill adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014 9;9:CD008638 Rose et al. Automated versus non-automated weaning for reducing the duration of mechanical ventilation for critically ill adults and children: a cochrane systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2014 24;19:4	
Konsensstärke:	Delegierte: 94% Fachgesellschaften: 89%	

Nennung von Ausnahmen (Einzelfälle oder Patientengruppen)

„Aufgrund der bisher nicht nachgewiesenen Vorteile bei rein chirurgischen Patientenkollektiven kann, trotz der gleichzeitig nicht nachgewiesenen Nachteile, für die Anwendung von automatisierten Weaning-Protokollen bei diesen Patienten aktuell keine Empfehlung abgegeben werden.

Für die Anwendung der automatisierten Protokolle bei invasiv beatmeten Kindern jenseits der Neugeborenenperiode kann die Leitliniengruppe aufgrund der geringen zugrundeliegenden Patientenzahlen keine Empfehlung abgeben, die Entscheidung für o. gegen die Anwendung eines automatisierten Weaning-Protokolls obliegt hier einer individuellen Abwägung des Behandlungsteams.

Für Patienten im prolongierten Weaning (Erfolgreiches Weaning nach >3 SBT bzw. >7 Tage Beatmungsdauer) findet sich eine unzureichende Studienlage, weshalb keine Empfehlung für den Einsatz automatisierter Weaningprotokolle abgegeben werden kann.“

Protokollbasierte Aufwachversuche und/oder protokollbasierte Sedierungsregime

111	Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad Stark	Wir empfehlen, ein Protokoll zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung (Weaning-Protokoll) mit protokollbasierten Aufwachversuchen und/oder einem protokollbasierten Sedierungsregime, welches einen möglichst wachen oder leicht sedierten kooperativen Patienten anstrebt, zu kombinieren.	
Qualität der Evidenz +++	Literatur: Girard et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. Lancet 2008;371:126-34 DAS-Taskforce 2015, Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - short version. Ger Med Sci. 2015 Nov 12;13:Doc19	
Konsensstärke:	Delegierte: 100% Fachgesellschaften: 100%	

Nennung von Ausnahmen (Einzelfälle oder Patientengruppen)

„Anhand der vorliegenden Daten können bei erwachsenen Patienten mit akutem respiratorischem Versagen keine Ausnahmefälle definiert werden.

Zum Stellenwert des Einsatzes von Protokollen gibt es bei Kindern keine ausreichenden Daten. Allerdings werden in der S3-LL folgende Empfehlungen abgegeben: „[...] Eine dauerhafte Sedierung von Neonaten soll nur in absoluten Ausnahmefällen, z.B. bei lebensbedrohlichen, nicht anderweitig beeinflussbaren Unruhezuständen, und unter besonderer Berücksichtigung des Nutzen- Risiko-Verhältnisses erfolgen **und** tägliche Sedierungspausen können bei Säuglingen und Kleinkindern erwogen werden, um eine Übersedierung zu vermeiden [...]“.

Im Unterkapitel „7.3 Prädiktion für die Entwöhnbarkeit vom Beatmungsgerät“ wird in der Leitlinie ausgeführt:

„Für die Einschätzung der Prognose und für das Outcome der Patienten im Weaning ist die Prädiktion der Entwöhnbarkeit vom Respirator wichtig. Grundsätzlich zeichnet sich ein adäquater Test zur Prädiktion (Screening-Test) dadurch aus, dass er mit hoher Treffsicherheit Patient vorhersagt, ob ein Patient vom Respirator entwöhnbar bzw. nicht entwöhnbar ist. Es stehen unterschiedliche Screeningverfahren bzw. Untersuchungsmethoden zur Beurteilung der Entwöhnbarkeit der Patienten zur Verfügung, die im Folgenden beschrieben werden.“

- **Respiratory Frequency-to-Tidal Volume Ratio**

Die Respiratory Frequency-to-Tidal Volume Ratio ist das Verhältnis von Atemfrequenz und Tidalvolumen (fVT) im Spontanatmungsversuch (spontaneous breathing trial, SBT). Es wird während 1 Minute spontaner Atmung gemessen. Der Wert von fVT kann mit einem Hand-Spirometer aufgezeichnet werden. Es gibt aber auch Untersuchungen bei denen fVT am Beatmungsgerät ohne Unterstützung oder mit Einstellung einer Tubuskompensation oder niedrigen Druckunterstützung berechnet wurde. Je höher das fVT -Verhältnis, desto schneller und flacher ist die Atmung (sogenanntes „rapid shallow breathing“, RSB), d.h. eine zunehmende Wahrscheinlichkeit einer erfolglosen Entwöhnung. Der Schwellenwert des RSB-Index 100 unterscheidet am besten zwischen erfolgreichen und erfolglosen weaning.

- **Maximaler inspiratorischer Druck.**

Der maximale inspiratorischen Druck (P_{Imax}) wurde erstmals als Prädiktor der Entwöhnbarkeit von Sahn und Lakshminarayan untersucht. Hierbei wird die inspiratorische Kraftentwicklung während eines Okklusionsmanövers bestimmt.

- **B-Typ natriuretisches Peptid (B-Type Natriuretic peptides).**
Die mechanische Dehnung infolge atrialer oder ventrikulärer Druck- u/oder Volumenüberlastung führt zur die Freisetzung von probrain natriuretischen Peptid (pro- BNP), einem Prohormon, das in Kardiomyozyten entsteht. Pro - BNP wird schnell in biologisch aktives 32- Aminosäure- Carboxy -terminale Peptid (BNP) und sein inaktives (N -terminalen) Fragment (NT -proBNP) gespalten. In jüngerer Vergangenheit wurde die Wertigkeit von BNP und NT-proBNP als Marker für kardial bedingtes Versagen der Respiratorentwöhnung untersucht.
- **Ultraschall des Diaphragma und der Lunge.**
Die Zwerchfell-Dysfunktion ist häufige Ursache für erschwertes Weaning. Die sonographische Darstellung stellt eine viel versprechende und nicht-invasive Technik zur Beurteilung der Zwerchfell-Dysfunktion dar.
- **Messung des expiratorischen Spitzenfluss (Peak Expiratory Flow)**
Der Peak Expiratory Flow ist der maximale Atemstrom bei der Expiration. Er wird vor Extubation/Dekanülierung gemessen, um eine Information über die muskuläre Kraft zu erhalten. Bei neuromuskulärer Beeinträchtigung kann er deutlich erniedrigt sein. Bei Werten ≤ 60 l/min muss nach Extubation oder Dekanülierung ein intensives nicht-invasives Sekretmanagement durchgeführt werden, da das Risiko einer Sekretverlegung der unteren Atemwege.
- **Cuff-Leak-Test**
Mit Hilfe des Cuff-Leak-Test (=Nebenlufttest) kann vor Extubation beurteilt werden, ob bei einem Patient eine hohe Wahrscheinlichkeit eines Post-Extubations-Stridors vorliegt ⁴⁶⁸. Hierzu wird nach Entblockung des Endotrachealtubus die Höhe der Leckage gemessen. Eine geringe Differenz zwischen dem expiratorischen Tidalvolumen vor und nach Entblockung weist auf einen möglichen Postextubationsstridor, eines klinisch relevanten Larynxödems, hin.

„Es gibt allerdings auch eine ganze Reihe weiterer interessanter, teilweise komplexerer Ansätze für Weaning-Prädiktoren, die bisher aber unzureichend untersucht wurden und deshalb in der vorliegenden Version der Leitlinie keine Berücksichtigung finden. Hierzu gehören das Atemmuster und die Variabilität der Atmung (Breathing pattern variability), die Messung gastral ph-Veränderungen, der Atemfrequenz, das Verhältnis von mittleren inspiratorischem Atemwegsdruck und maximalen inspiratorischen Druck (mean inspiratory airway pressure (PI)/maximum inspiratory pressure (MIP), aber auch die Kombination komplexer Scores oder die Verwendung von Checklisten und die Berücksichtigung anderer Variablen, die ein Weaning-Versagen bedingen können. Auch für die Beurteilung der Bedeutung der elektromyographisch abgeleiteten elektrischen Aktivität des Zwerchfells als Prädiktor, ist es derzeit noch zu früh.“

112	Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad Schwach	Wir schlagen vor, die Bestimmung des Verhältnis von Atemfrequenz zum Tidalvolumen, (f/V _T) im Spontanatmungsversuch (spontaneous breathing trial) zu erwägen.	
Qualität der Evidenz ++	Literatur MacIntyre et al. American College of Chest Physicians; American Association for Respiratory Care; American College of Critical Care Medicine. Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support: a collective task force facilitated by the American College of Chest Physicians; the American Association for Respiratory Care; and the American College of Critical Care Medicine. Chest 2001;120(6, Suppl):375S-395S Tobin & Jubran. Variable performance of weaning-predictor tests: role of Bayes' theorem and spectrum and test-referral bias. Intensive Care Med (2006) 32:2002-2012 Schönhofer et al. S2k-Leitlinie Prolongiertes Weaning. Pneumologie, 2014; 68: 19-75	
Konsensstärke:	Delegierte: 100% Fachgesellschaften: 100%	

113	Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad Schwach	Wir schlagen vor, den Peak Expiratory Flow vor Extubation/Dekanülierung vor allem bei neuromuskulärer Beeinträchtigung zu messen und bei Wertens60l/min nach Extubation oder Dekanülierung ein intensives nicht-invasives Sekretmanagement durchzuführen.	
Qualität der Evidenz +	Literatur: Smina et al. Cough peak flows and extubation outcomes. Chest 2003; 124: 262 – 268 Schönhofer et al. S2k-Leitlinie Prolongiertes Weaning. Pneumologie, 2014; 68: 19-75	
Konsensstärke:	Delegierte: 100% Fachgesellschaften: 100%	

114	Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad Schwach	Wir schlagen vor, einen Cuff-Leak-Test zur Beurteilung der Wahrscheinlichkeit eines Post-Extubations-Stridor vor einer Extubation zu erwägen.	
Qualität der Evidenz +	Literatur: Ochoa et al. Cuff-leak test for the diagnosis of upper airway obstruction in adults: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med 2009; 35: 1171-1179	
Konsensstärke:	Delegierte: 100% Fachgesellschaften: 100%	

Begründung des Empfehlungsgrades

„Insgesamt ist die Qualität der Evidenz hinsichtlich des Stellenwerts von Prädiktoren für eine erfolgreiche Entwöhnung von der Beatmung niedrig. Überwiegend handelt es sich um observationale Studien.“

4.2 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), 2019 [5]

Prolongiertes Weaning
S2k-Leitlinie | AWMF-Registernummer 020-015

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Fragestellung

„Die wesentlichen Ziele der revidierten Leitlinie sind es, den aktuellen Wissensstand zum Thema „Prolongiertes Weaning“ wissenschaftlich zu bewerten und auf Basis der Evidenz und der Erfahrung von Experten Empfehlungen hinsichtlich des „prolongierten Weanings“ nicht nur für den Bereich der Akutmedizin, sondern auch für den Bereich „Chronic critical care“ zu geben.“

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Leitlinie auf AWMF S2k Niveau: interdisziplinär, strukturierter Konsensusprozess
- Kooperation mit verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften bzw. Verbänden
- In der revidierten Leitlinie werden 55 Empfehlungen und 5 Qualitätsindikatoren formuliert. Die Leitlinie umfasst die Empfehlungen so für Erwachsene wie auch für Kinder
- Die Erstellung dieser Leitlinie wurde von den beteiligten Fachgesellschaften ohne Sponsoring durch Dritte finanziert.
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert: Update der LL von 2014, Gültigkeit bis 28.08.2024

Recherche/Suchzeitraum

- kapitelweise Literatursuche in PubMed mit den von den Autoren vorgegebenen Stichwörtern
- keine Angabe zum Suchzeitraum
- Ergebnisse wurden den Autoren über den Scientific Guideline Manager (Institut für Lungenforschung GmbH) zur Unterstützung der inhaltlichen Aktualisierung der Leitlinie zur Verfügung gestellt.

Sonstige Hinweise



Abbildung 2: Verschiedene Phasen einer invasiven mechanischen Ventilation
modifiziert nach Boles et al. Weaning from mechanical ventilation. Eur Respir J 2007; 29: 1033-1056

Zur Beurteilung des Weaning-Potentials lässt sich dieser Leitlinie im gleichlautenden Kapitel Folgendes entnehmen:

„Eine Grundvoraussetzung für eine Verkürzung von Beatmungszeit und ein erfolgreiches Weaning, unabhängig vom Beatmungszugang bei Patienten mit invasiver Beatmung, ist die schon in der Akutphase der Beatmung beginnende tägliche Überprüfung von Kriterien, die eine Weaningbereitschaft (readiness to wean) anzeigen können“ (siehe Tabelle 4).

„Es ist zu berücksichtigen, dass Weaningprädiktoren wie Inspirationsdruck, statische Compliance und RSBI allein jeweils keinen positiven oder negativen Wert aufweisen, um eine Weaningfähigkeit bzw. -bereitschaft zu beurteilen¹⁴⁴. Insofern bedarf es zur Beurteilung des Weaningpotenzial der Berücksichtigung mehrerer der in Tabelle 4 aufgeführten Parameter. Auch diese stellen nur Anhaltspunkte dar, da es im Einzelfall durchaus zu Abweichungen kommen kann.“

Tabelle 4: Kriterien für Bereitschaft zum Weaning.

Kriterien für Bereitschaft zum Weaning		
Klinische Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> – ausreichender Hustenstoß – keine exzessive Sekretion – Rückbildung der akuten Erkrankungsphase, die zur Intubation geführt hat – kein akuter Infekt 	
Objektive Kriterien	klinische Stabilität	<ul style="list-style-type: none"> – hämodynamische Stabilität (eine niedrig dosierte Katecholamintherapie stellt keine Kontraindikation dar)* ** – metabolisch (z. B. Ausschluss einer relevanten metabolischen Azidose, d. h. Base Exzess ≤ 5 mval/l)
	adäquate Oxygenierung	<ul style="list-style-type: none"> – $SpO_2 \geq 90\%$ bei $FiO_2 \leq 0,4$ (bei Vorliegen einer chronischen respiratorischen Insuffizienz $> 85\%$) – oder $paO_2/FiO_2 > 150$ mmHg – adäquater PEEP
	adäquate pulmonale Funktion	<ul style="list-style-type: none"> – $AF \leq 35$/min – $VT > 5$ ml/kg – $AF/VT < 105$ (=RSBI) – keine signifikante respiratorische Azidose
	adäquate mentale Funktion	<ul style="list-style-type: none"> – keine Sedierung oder adäquate Funktion unter Sedierung (RASS 0/-1)

Empfehlungen

- E 1** Bei vorhandener Weaning-Bereitschaft soll möglichst frühzeitig ein Spontanatmungsversuch durchgeführt werden.
- E 2** Der Rapid Shallow Breathing Index sollte am Ende des Spontanatemversuchs (SBT) zur Beurteilung der muskulären Erschöpfung gemessen werden.
- E 3** In Analogie zu Patienten der Kategorie 1 und 2 (einfaches und schwieriges Weaning) sollte auch bei Patienten im prolongierten Weaning eine Protokoll-basierte Standardisierung des Weaning-Prozesses von Beatmung und Analgesiedierung etabliert werden. Dazu sollten einfach gehaltene Protokolle im Hinblick auf Management von Agitation, Delir und Schmerz und Überprüfung der Spontanatmungskapazität zur Anwendung kommen.
- E4** Ein Cuff-Leak-Test soll zur Beurteilung der Wahrscheinlichkeit eines Post-Extubations-Stridor vor einer Extubation durchgeführt werden.
- E5** Bei Patienten mit positivem Cuff-Leak-Test sollte eine ergänzende fiberoptische Diagnostik erwogen werden, um die Ursache für einen positiven CLT zu differenzieren.
- E6** Bei Patienten mit pathologischem Cuff-Leak-Test sollte die Gabe von Steroiden (spätestens 4h vor Extubation) erwogen werden.
- E7** Bei Patienten im prolongierten Weaning empfehlen wir die tägliche Mobilisation sofern keine Ausschlusskriterien vorliegen.
- E8** Wir empfehlen, die Mobilisation täglich 20 Minuten mithilfe eines abgestuften Vorgehens (beginnend mit passiver Mobilisation) an Hand eines klinikeigenen Algorithmus.
- Q11** Tägliche Mobilisation: Anzahl der Patienten die mobilisiert wurden/Anzahl der Patienten im prolongierten Weaning.
- E9** Der Peak Expiratory Flow soll vor Extubation/Dekanülierung vor allem bei neuromuskulärer Beeinträchtigung gemessen werden. Bei Werten ≤ 60 l/min soll nach Extubation oder Dekanülierung ein intensives nicht-invasives Sekretmanagement durchgeführt werden.
- E10** Zwischen den Spontanatmungsphasen im Weaning soll die Atemmuskulatur ausreichend entlastet werden, um sich regenerieren zu können.
- E11** Eine dauerhafte vollentlastende Beatmung sollte vermieden werden.
- E12** Für die druckunterstützende Beatmung sollten Beatmungsgeräte mit einstellbaren In- und Expirationstriggern zum Einsatz kommen.
- E13** Aufgrund der fehlenden Evidenz kann der Einsatz hybrider Beatmungsformen im prolongierten Weaning nicht empfohlen werden.
- E14** Sowohl eine graduelle Reduktion der assistierten Beatmung als auch intermittierende assistierte oder nicht assistierte Spontanatmungsphasen können im Weaning eingesetzt werden.
- E15** SIMV soll im prolongierten Weaning nicht zum Einsatz kommen, da es bei diesem Modus zu inakzeptabel hoher Atemarbeit kommen kann.
- E17** Die Punktionstracheotomie sollte aufgrund der Schrumpfungstendenz vor allem dort durchgeführt werden, wo die definitive Respiratorentwöhnung in Aussicht steht.
- E18** Für die dauerhafte außerklinische invasive Beatmung soll ein stabiles Tracheostoma vorhanden sein.



- E19** Während der Spontanatmungsphasen soll die Trachealkanüle zur Senkung der Atemarbeit und Verbesserung des Sprechvermögens entblockt werden, sofern keine Aspirationsneigung vorliegt.
- E20** Bei Unsicherheit über den Erfolg der Dekanülierung sollten Platzhalter verwendet werden, um eine Rekanülierung des Tracheostomas zu ermöglichen.
- E21** Kommt es nach Kanülenentfernung innerhalb von zwei bis drei Wochen nicht zu einer Schrumpfung des Tracheostomas, kann nach Ausschluss zugrundeliegender Komplikationen der plastisch-chirurgische Verschluss erwogen werden.
- E22** Nach Einbringen eines Platzhalters soll eine endoskopische Kontrolle stattfinden.
- E23** Nach Dekanülierung soll (auch ohne klinischen Verdacht) eine endoskopische Kontrolle auf das Vorliegen einer Trachelstenose erfolgen.
- E24** Ist eine NIV-Fähigkeit auch im Rahmen der invasiven Langzeitbeatmung gegeben, sollten Patienten mit hyperkapnischer ARI extubiert bzw. dekanüliert und auf NIV umgestellt werden, wenn aufgrund der klinischen Situation absehbar ist, dass keine längerdauernde kontinuierliche Respiratorpflichtigkeit besteht.
- E25** Bei fortbestehender CVI nach Extubation/Dekanülierung sollen Patienten auch nach formell erfolgreich abgeschlossenem Weaning außerklinisch beatmet werden.
- E26** Liegt im prolongierten Weaning eine primäre Erhöhung der Atemarbeit vor, die sich nicht durch das respiratorische- oder Weaning-Versagen erklären lässt sollten andere Ursachen für eine erhöhte Atemarbeit, wie Schmerz, Stress oder das Vorliegen eines Delirs ausgeschlossen werden.
- E27** Die Gabe von Opioiden kann, nach Ausschluss anderer Ursachen, im Einzelfall indiziert sein, mit dem Ziel, die Atemarbeit zu senken.
- E28** Der Einsatz von den Atemantrieb direkt oder indirekt stimulierenden Medikamenten, zur Verkürzung der Weaning-Zeit von der Beatmung bei Patienten im prolongierten Weaning, wird nicht empfohlen.
- E29** Bei Patienten im prolongierten Weaning von der Beatmung soll keine grundsätzliche Anhebung des Hb-Werts auf > 10 g/dl genommen werden, ein Ziel-Hb zwischen 7 und 9 g/dl (4,34 – 5,59 mmol/l) sollte angestrebt werden.
- E30** Physiologische Transfusionstrigger sollen bei der Indikationsstellung für eine Transfusion berücksichtigt werden.
- E31** Bei Patienten im prolongierten Weaning, bei denen klinische Symptome auf eine unzureichende Kompensation niedriger Hb-Werte hinweisen, oder deutlich erhöhte Atemarbeit (bei schwergradiger Lungenkrankheit) dem Weaning-Erfolg entgegen steht, sollte der Hb-Wert angehoben werden (Hb > 8 g/dl).
- E32** Während eines prolongierten Weanings sollte die künstliche Ernährung möglichst oral oder enteral erfolgen. Bei einer erwarteten künstlichen enteralen Sondenernährung von mehr als 6 Wochen sollte (bisher „kann“) frühzeitig die Indikation zur PEG- bzw. PEJ-Anlage gestellt werden.
- E33** Die Energiezufuhr sollte in der Weaningphase nicht höher als der Energiebedarf liegen. Auf eine ausreichend hohe Zufuhr von Protein (1.0 g/kg Körpergewicht/Tag Protein bzw. 1.2 g Aminosäuren) sowie Zufuhr von Elektrolyten, Vitaminen und Spurenelementen ist zu achten.
- E34** Sekretmanagement soll im prolongierten Weaning aufgrund des zentralen Stellenwerts täglich, auch an Wochenenden, durchgeführt werden.



- E35** Insbesondere bei Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen und NIV, bei denen eine ansonsten therapierefraktäre Hypersekretion besteht, kann eine „Minitracheotomie“ hilfreich sein, um Sekret effektiv absaugen zu können.
- Q12** Sekretmanagement wird täglich, auch am Wochenende, im Weaning-Prozess durchgeführt (Anzahl der Patienten die täglich ein Sekretmanagement erhalten haben/Anzahl der Patienten bei denen ein Sekretmanagement hätte durchgeführt werden sollen).
- E39** Kinder mit erhöhtem Risiko für Postextubationsstridor sollten vor Extubation prophylaktisch Steroide erhalten.
- E40** Tracheotomien bei Kindern sollten chirurgisch epithelialisiert angelegt werden und die Kanülenlage sollte regelmäßig endoskopisch kontrolliert werden.
- E41** Eine tägliche Unterbrechung der Sedierung sollte bei Kindern durchgeführt werden, um die Beatmungsdauer zu verkürzen.
- E42** Die Entwöhnbarkeit sollte täglich beurteilt werden
- E43** Im prolongierten Weaning sollte unmittelbar nach Beendigung der invasiven Beatmung die NIV begonnen werden.
- E44** Für Spezialisierung auf das Weaning und die Überleitung auf außerklinische Beatmung im Kindesalter soll Expertise in diversen pädiatrischen Subdisziplinen vorhanden sein.
- E45** Strukturelle Voraussetzungen sollten kindgerechte Umgebung und auf Kinder spezialisierte Personalstrukturen umfassen.
- E46** Nach abgeschlossenem Weaning soll bei entsprechenden Grund- oder Begleiterkrankungen (z. B. COPD, ICUAW) eine Diagnostik auf das Vorliegen einer chronisch ventilatorischen Insuffizienz während des intensivstationären Aufenthaltes erfolgen. Folgemessungen werden bei entsprechender Indikation empfohlen.
- E47** Bei Vorliegen einer chronisch ventilatorischen Insuffizienz soll dem Patienten nach primär erfolgreichem prolongiertem Weaning eine NIV angeboten und bei Einverständnis eingeleitet werden.
- Q14** Bei Patienten mit entsprechenden Grund- bzw. Begleiterkrankungen mit Risiko einer ventilatorischen Insuffizienz werden nach abgeschlossenem Weaning bei Entlassung aus der intensivstationären Behandlung oder der/dem Weaning-Einheit/-Zentrum eine Diagnostik auf das Vorliegen einer chronisch ventilatorischen Insuffizienz durchgeführt und eine erneute Evaluation dem weiterbetreuendem Arzt empfohlen. (Anzahl der Patienten bei denen eine Diagnostik auf das Vorliegen einer chronisch ventilatorischen Insuffizienz durchgeführt wurde/Anzahl der Patienten bei denen eine Diagnostik auf das Vorliegen einer chronisch ventilatorischen Insuffizienz indiziert gewesen wäre x100).
- E48** Die ärztliche Indikation und die Berücksichtigung des Patientenwillens sind zentrale ethische Prinzipien und sollen bei Entscheidungen am Lebensende beachtet werden. Eine Möglichkeit der Willensäußerung ist die frühzeitige Erstellung einer Patientenverfügung.
- E49** Entscheidungen am Lebensende sollen gemeinsam im Gespräch zwischen Behandlungsteam, Patienten und/oder deren juristischem Stellvertreter getroffen werden.
- E50** In Konfliktfällen bei Entscheidungen am Lebensende, z. B. innerhalb der Patientenfamilie oder zwischen Familie und Behandlungsteam, soll eine ethische Fallberatung erfolgen.



E 51 Die Dokumentation der Planung, Durchführung und der Ergebnisse eines Angehörigengesprächs soll gründlich erfolgen. Dabei sollten die Entscheidungen zu einer Therapiezieländerung mit Bezug auf die medizinische Indikation und den Patientenwillen und die sich daraus ableitenden Maßnahmen schriftlich niedergelegt werden.

E52 Zur Verhinderung von Stress und Leiden durch Atemnot soll eine in der Dosis individuell angepasste Anxiolyse und Sedierung durchgeführt und exakt dokumentiert werden. Eine eventuelle Lebenszeitverkürzung durch unvermeidbare Nebenwirkungen darf dabei in Kauf genommen werden.

E 53 Alle Entscheidungen zur Therapiebegrenzung sollen auf einem standardisierten Bogen dokumentiert werden. Die wesentlichen Entscheidungsgrundlagen sollen darüber hinaus in der Krankenakte dokumentiert werden.

QI 5 Anzahl dokumentierter Entscheidungen zur Therapiebegrenzung auf standardisiertem Bogen/Anzahl aller Entscheidungen zur Therapiebegrenzung im prolongierten Weaning

E54 Bei Aussichtslosigkeit der Therapie oder nicht zumutbarem Leiden ohne Möglichkeit zur Besserung bei Überleben sollte das bestmögliche Kindesinteresse auf Leben oder Sterben ermittelt werden.

E55 Entscheidungen über Fortführung oder Beendigung von Therapie sollten bei Kindern im Rahmen eines ethischen Konsils und im Einvernehmen mit den Eltern getroffen werden.



4.3 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), 2017 [4]

Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz.

S2k Leitlinie | AWMF-Registernummer 020-008

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Fragestellung

Empfehlungen für den Umgang mit außerklinisch beatmeten Patienten

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Leitlinie auf AWMF S2k Niveau: interdisziplinär, strukturierter Konsensusprozess
- Kooperation mit verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften bzw. Verbänden
- strukturierten Konsensfindung unter neutraler Moderation diskutiert und abgestimmt. Deren Ziele sind die Lösung noch offener Entscheidungsprobleme, eine abschließende Bewertung der Empfehlungen und die Messung der Konsensstärke.
- Die Moderation erfolgt durch die AWMF. Entsprechend der Vorgaben der AWMF werden Empfehlungen mit der Abstufung „soll“ (stärkste Empfehlung), „sollte“ (intermediär starke Empfehlung) und „kann“ (schwächste Empfehlung) formuliert.
- Keine finanzielle Beteiligung der Industrie an der Erstellung dieser Leitlinie und bei der Ausrichtung der Konsensus-Konferenzen
- Es wurde kein potentieller Teilnehmer aufgrund seiner Interessenskonflikte vom Leitlinienprozess ausgeschlossen
- kein Stimmrecht der beiden Industrievertreter bei allen Beschlüssen der Konsensus-Konferenzen
- Keine Beteiligung der Industrie an der Literaturrecherche, an der Vorbereitung der Konsensus-Konferenzen und an der redaktionellen Arbeit
- Teilnahme von zwei im Wettbewerb stehenden Firmen
- Die Finanzierung der Leitlinie durch die DGP
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert: 2010 wurde die erste Version einer S2 Leitlinie zum Thema außerklinische Beatmung publiziert, Gültigkeit der Leitlinie nach inhaltlicher Überprüfung durch das Leitliniensekretariat verlängert bis 19.06.2022

Recherche/Suchzeitraum

- Suche in den Datenbanken Cochrane und PubMed/Medline
- Literaturrecherche mit unbeschränktem Publikationszeitraum wurde 2015/16 für die jeweiligen Themengebiete durch alle Arbeitsgruppen durchgeführt

Sonstige methodische Hinweise

„Hier sei angemerkt, dass die Empfehlungen aus der vorliegenden S2k Leitlinie keine Angabe von Evidenz- und Empfehlungsgraden enthalten, da keine systematische Aufbereitung der Evidenz zugrunde liegt. „

Empfehlungen

- Die Leitlinie unterscheidet im Folgenden zwischen Weaningzentrum und Zentrum für außerklinische Beatmung (Expertise in NIV bzw. in invasiver außerklinischer Beatmung)
- Im Weaningzentrum werden primär Patienten im und nach prolongiertem Weaning betreut; ggf. auch mit invasiver außerklinischer Beatmung.

Empfehlung

- Die Diagnose „erfolgloses Weaning“ (Kategorie 3 c) soll von einem in Beatmung und Weaning erfahrenen Arzt - idealerweise aus einem Weaningzentrum - gestellt oder mindestens konsiliarisch geprüft werden bevor erstmals eine invasive außerklinische Beatmung wegen Weaningversagen initiiert wird.
Ja: 21; Nein: 0, Enthaltung: 0

Empfehlungen

- Die Indikation zur invasiven außerklinischen Beatmung bei erfolglosem Weaning soll sich neben medizinischen Fakten (Notwendigkeit der invasiven Beatmungsführung) auch auf ethische Aspekte stützen.
Ja: 21; Nein: 0, Enthaltung: 0
- Bei der Entscheidung zur Therapie sollen die individuellen Patientenwünsche nach umfassender Aufklärung berücksichtigt werden.
Ja: 21; Nein: 0, Enthaltung: 0
- Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten soll im Rahmen der Indikationsstellung die Ermittlung der Patientenwünsche - wenn möglich mittels Durchführung einer ethischen Fallkonferenz - nachvollziehbar dokumentiert werden.
Ja: 21; Nein: 0, Enthaltung: 0

Qualitätsindikator

- Die Einleitung einer invasiven außerklinischen Beatmung bei erfolglosem Weaning erfolgt in - mindestens aber zusammen mit - einem Weaningzentrum oder einem Zentrum für außerklinische Beatmung mit Expertise in invasiver außerklinischer Beatmung. Das entlassende oder an der Entlassung beteiligte Zentrum steht dem außerklinischen Behandlungsteam beratend zur Verfügung.

Empfehlungen

- Eine invasive außerklinische Beatmung soll in einem Weaningzentrum oder einem Zentrum für außerklinische Beatmung mit Expertise in invasiver außerklinischer Beatmung (vgl. [Kap 5.1](#)), mindestens aber unter konsiliarischer Mitwirkung eines solchen Zentrums eingeleitet werden.
Ja: 21; Nein: 0, Enthaltung: 0
- Wenn ein Patient invasiv beatmet nicht aus einem Beatmungszentrum entlassen worden ist, soll in kürzester Frist (maximal 3 Monate) ein Beatmungsexperte aus einem solchen Zentrum hinzugezogen werden oder alternativ eine Überprüfung des Weaningpotentials und der außerklinischen Versorgungssituation durch einen ermächtigten/niedergelassenen Arzt mit Beatmungsexpertise in Rücksprache mit einem solchen Zentrum erfolgen. Die Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege durch den Kostenträger soll bis zu diesem Zeitpunkt befristet werden.
Ja: 14; Nein: 0, Enthaltung: 3

Qualitätsindikatoren

- Die ärztliche Betreuung im ambulanten Bereich in Form von Hausbesuchen ist gesichert.
- Das langfristig betreuende Beatmungszentrum steht dem betreuenden Hausarzt beratend zur Verfügung.

Empfehlungen

- Nach der erstmaligen Initiierung einer invasiven außerklinischen Beatmung wegen erfolglosem Weaning sollen mindestens 1x jährlich Kontrolluntersuchungen in einem Beatmungszentrum stattfinden.
Ja: 21; Nein: 0, Enthaltung: 0
- Die Therapieziele von Patienten mit invasiver außerklinischer Beatmung wegen erfolglosem Weaning sollen regelmäßig ärztlich überprüft werden.
Ja: 21; Nein: 0, Enthaltung: 0



4.4 Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR), 2016 [3]

Besonderheiten des prolongierten Weanings bei Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
S2k Leitlinie | AWMF-Registernummer 080-002

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR)

Fragestellung/Ziel

Das prolongierte Weaning von Patienten mit neurologischen oder neurochirurgischen Erkrankungen weist Besonderheiten auf, denen die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. in einer eigenen Leitlinie Rechnung trägt.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Leitlinie auf AWMF S2k Niveau: interdisziplinär, strukturierter Konsensusprozess
- Kooperation mit verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften bzw. Verbänden
- Der zur Erstellung der Empfehlungen der Leitlinie notwendige Konsensusprozess wurde durch die Kombination eines nominalen Gruppenprozesses und der Delphi-Technik, erzielt.
- Die angefallenen Kosten (Leitlinienkonferenzen) wurden von der DGNR übernommen.
- Es bestehen weder finanzielle noch nicht-materielle konfliktäre Interessen von Seiten der Autoren dieser Leitlinie.
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität: 09.11.2018 Gültigkeit der Leitlinie nach inhaltlicher Überprüfung durch das Leitliniensekretariat verlängert bis 20.10.2021

Recherche/Suchzeitraum

systematische Recherche von Leitliniendatenbanken und Medline.
Die Literaturrecherche erfolgte von Dezember 2014 bis Februar 2015.

Bewertung

„Sowohl die durch nominalen Gruppenprozesses als auch durch das Delphi-Verfahren konsentierten Empfehlungen bzw. Kernaussagen wurden mit mehr als 95% der abgegebenen Stimmen befürwortet, so dass durchgängig ein starker Konsens bei den Kernaussagen bzw. Empfehlungen bestand.“

Sonstige methodische Hinweise

„Hinsichtlich der Evidenzbewertung der Literatur ist festzustellen, dass es insbesondere zur Frage des Weanings bei neurologisch-neurochirurgischen Patienten keine randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) gibt. Auch im Hinblick auf den Einsatz rehabilitativer Therapien in der Intensivmedizin bzw. zur Unterstützung des Weaning-Prozesses ist die Evidenzlage gering. Daher wurden Empfehlungen auf dem Niveau der Expertenmeinung ausgesprochen. Hierin folgt die Leitlinie der bereits publizierten S2k-Leitlinie der DGP zum prolongierten Weaning.“

Empfehlungen

„Ziele der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation sollen teilhabeorientiert sein und folgende Bereiche umfassen: Erreichen vegetativer Stabilität, Verbesserung von Atemfunktion, Vigilanz und Bewusstsein, Schluckfunktion, Kommunikations-/Interaktionsfähigkeit, Motorik und Sensorik, Kognition und Emotion sowie Selbsthilfefähigkeit.

Beatmete Patienten mit Erkrankungen des zentralen und/oder peripheren Nervensystems und/oder (neuro-)muskulären Erkrankungen sollten so früh wie möglich in eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitationseinrichtung mit intensivmedizinischer und Weaningkompetenz verlegt werden.

Diese Einrichtung soll über ein multiprofessionelles Behandlungsteam (aktivierend therapeutisch Pflegende, Ärzte, Atmungstherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Musiktherapeuten, Neuropsychologen und Physiotherapeuten) mit neurorehabitativer Erfahrung verfügen. Nicht-invasive Beatmungsformen sollten bei Patienten mit neurogener Dysphagie oder prolongierter Vigilanzminderung und einer hohen Aspirationsgefahr nicht eingesetzt werden. Bei diesen Patienten sollte die geblockte Trachealkanüle als Beatmungszugang so lange verbleiben, bis keine Makroaspirationsgefahr mehr besteht. Für Therapieentscheidungen/Maßnahmen hinsichtlich Beatmungsformen bei der Versorgung von Patienten mit einer Dysphagie sollte der Schluckstatus mittels einer kontrollierten klinischen, bedarfsweise apparativen, Untersuchung erhoben werden.

Im prolongierten Weaning von neurologischen Frührehabilitanden können Entwöhnungsstrategien mit schrittweise ausgeweiteten Spontanatmungsphasen eingesetzt werden, unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Schädigung und unter ständiger Auswertung der Reaktionen des Patienten. Bei Störungen der neuromuskulären Übertragung kann zusätzlich eine Druckunterstützung in den Spontanatmungsphasen sinnvoll sein. Das Weaning bei Patienten mit zentralen Atemregulationsstörungen sollte individuell unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Schädigung und ebenfalls unter ständiger Anpassung an die Reaktionen des Patienten erfolgen.

Bei neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitanden müssen auf Grund von Tracheotomie, neurogener Dysphagie, Problemen der Atempumpe sowie Bewusstseinsstörungen an ein Weaningprotokoll grundlegend andere Anforderungen gestellt werden als an ein herkömmliches Protokoll.

Frührehabilitanden gelten als erfolgreich von der Beatmung entwöhnt, wenn sie vollständig ohne Atemunterstützung (inkl. NIV) auskommen.

Konzepte zum Dysphagie- und Trachealkanülenmanagement sowie eine begleitende Sprachtherapie sollten im Weaning neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitanden standardmäßig implementiert sein und kontinuierlich evaluiert werden.

Die Atmungstherapie kann auch in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Weaningprozess hilfreich sein.

Psychologische Begleitung ist im Weaning-Prozess vor allem bei Angststörungen indiziert.

In einer neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitationseinrichtung sollte die palliativmedizinische Versorgung beatmeter und nicht-beatmeter Patienten sichergestellt sein.“

4.5 Chawla R et al., 2020 [1]

ISCCM Guidelines for the Use of Non-invasive Ventilation in Acute Respiratory Failure in Adult ICUs.

Fachgesellschaft: Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM)

Fragestellung

„The use of NIV in the management of acute respiratory failure (ARF) in various disease states based on the available current literature“

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- „This document is an expert consensus based guidelines.“
- „Recommendations were formulated and graded according to previous evidence based guidelines of ISCCM“
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt.
- Conflict of interest: None | Source of support: Nil
- Regelmäßige Überprüfung der Leitlinie (2005, 2013)

Recherche/Suchzeitraum

- Systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken. Suchterme sind angegeben
- Keine Angabe des Suchzeitraumes

LoE/GoR

Table 1: Criteria for quality of evidence levels and grading of strength of recommendations used in formulation of current guidelines

Quality of Evidence	Level
Evidence from ≥ 1 good quality and well conducted randomized control trial(s) or meta-analysis of RCT's	1
Evidence from at least 1 RCT of moderate quality, or well-designed clinical trial without randomization; or from cohort or case-controlled studies.	2
Evidence from descriptive studies, or reports of expert committees, or opinion of respected authorities based on clinical experience	3
Not backed by sufficient evidence; however, a consensus reached by the working group, based on clinical experience and expertise	(UPP)
Strength of Recommendations	Grade
Strong Recommendations to do (or not to do) where the benefits clearly outweigh the risk (or vice versa) for most, if not all patients	A
Weak Recommendations, where benefits and risk are more closely balanced or are more uncertain	B

UPP, useful practice point; RCT, randomized controlled trial

Empfehlungen

„Role of NIV in post lung transplant

During post-operative period of lung transplant, graft and recipient -related respiratory difficulty requiring mechanical ventilation is a common scenario and can present within hours to days. Prolonged intubation in these immunocompromised patients is one of the main predisposing factors for developing nosocomial pneumonia, leading to prolonged ICU stay with significant morbidity and mortality. Non-invasive mechanical ventilation is recommended to shorten weaning time and to avoid reintubation following lung transplantation.^{111a}

Recommendations

NIV may be used for shortening weaning time and to avoid re-intubation following lung transplantation. (2B)

High Risk Patients

- More than one consecutive failure of weaning trial
- Chronic heart failure
- PaCO₂ >45 mm Hg after extubation
- More than one co-morbidity (excluding chronic heart failure).
- Weak cough defined as Airway Care Score values ≥8 and <12
- Upper airways stridor at extubation not requiring immediate reintubation.

Recommendation

We recommend that NIV may be used to wean high risk patients from invasive mechanical ventilation as it reduces re-intubation rate. (2B)

WEANING

„NIV reduces respiratory muscle fatigue and improves ventilation. Its usage has increased during acute settings. Sometimes, patients having COPD, OSA, various neuromuscular disorders including critical illness myoneuropathy require NIV for prolong period. Weaning from NIV in these patients is a difficult and tedious job. Weaning needs to be started only when primary condition is better, and patient meets the clinical criteria shown in Table 6.“

Table 6: Clinical criteria to be met by patients before Weaning is attempted.

S. No	Measure	Character
1.	Arterial pH	≥ 7.35
2.	SpO ₂	> 90%
3.	Respiratory Rate	≤ 25 / min
4.	Heart rate	≤ 120 / min
5.	Systolic blood pressure	≥ 90 mmHg
6.	Signs of respiratory distress	No agitation, diaphoresis, anxiety

Protocol Based Weaning

Protocol based weaning strategies have been found to be more successful with shorter duration of NIV requirement and shorter ICU length of stay.

Jun Duan et al in their prospective randomized control trial compared protocolized vs physician directed weaning from NIV. They formulated the protocol and randomized the patients in two groups. Respiratory technicians in Protocol- derived weaning group initiated the weaning attempt as per the protocol and in other group weaning was done as per the physicians' decision. They observed that protocol directed weaning significantly reduced the duration of NIV as well as length of stay in the ICU.

Recommendations

We recommend that weaning from NIV may be done by a standardized protocol driven approach of the unit. (2B)

Weaning strategies

Varied Strategies for weaning from NIV has been described:

- Stepwise reduction in NIV duration.
- Stepwise reduction in NIV pressure support.
- Immediate withdrawal of NIV after stabilization.

Strategy

- **Stepwise reduction in NIV duration**

This method involves progressively reducing the duration of NIV over a period of 3-4 days once the patient satisfies the criteria for weaning. Initially weaning should be carried during daytime with overnight ventilation. The daytime weaning can be divided into periods of 3 hours each and can be performed as follows – during first 24hrs in each 3 hours, one hour without NIV (except during night period), in the second day in each 3 hours, two hours without NIV (except during night period) and in the third day NIV can be used only during the night period. NIV may be discontinued on day 4 unless continuation is clinically indicated for example, few hours in daytime and six hours or more overnight. Plant et al. used this strategy of stepwise reduction in NIV duration: On Day One, used as much of NIV, Day Two, NIV was used for 16 hours (including 6-8 hours of overnight NIV), On Day three, 12hrs of NIV (including 6-8 hours of overnight NIV) and discontinued on Day 4. Recently published study by Venkatnarayan et al. weaning from NIV used 16 hours of NIV (including 6-8 hours of Overnight) on Day of randomization, Day 2: 12 Hours of NIV (Including 6-8 hours of Overnight) and Day 3: Only overnight NIV was used and complete withdrawal on Day 4.
- **Stepwise reduction in NIV pressure support**

This strategy involves gradual reduction (2-3cms of H₂O) of IPAP and EPAP over a period of 6-8hrs and removing NIV once the patient tolerates IPAP of 6-8cms of H₂O and EPAP of 4-5cms of H₂O. There are no studies comparing the effectiveness of stepwise reduction of duration versus stepwise reduction of pressure support, but both the strategies can be used in conjunction with each other.
- **Immediate withdrawal of NIV**

This strategy involves immediate cessation of NIV once the patient stabilizes. Though it has potential advantage of shortening the duration of weaning process, the rates of failure of weaning and reinstitution of NIV can be higher. A randomized control trial by Lun et al. compared immediate withdrawal of NIV to stepwise reduction and found success rate of weaning to be 56% and 74% respectively, although the data is statistically not significant. Immediate withdrawal of NIV can be tried in patients who required NIV for a shorter duration of time and who have clinically recovered well. Venkatnarayan et al. in 2019 compared above three strategies for weaning from NIV in patients with COPD with acute exacerbation and hypercapneic respiratory failure. They found that there was increased chance of weaning failure in immediate withdrawal group but without any statistically significant difference. Total duration of NIV use and length of stay was significantly less in group of immediate withdrawal and gradual reduction in pressure support group than stepwise reduction in NIV duration group.

Recommendations

We recommend that any of three weaning strategies may be adopted for weaning NIV in COPD patients. (2B)



4.6 Roquilly A et al., 2020 [11]

French recommendations for the management of patients with spinal cord injury or at risk of spinal cord injury

Fachgesellschaft: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) - French Society of Anaesthesia and Intensive Care

Fragestellung

To update the French guidelines on the management of trauma patients with spinal cord injury or suspected spinal cord injury.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- A consensus committee of 27 experts was formed.
- The GRADE method was used to formulate these guidelines.
- A formal conflict-of-interest (COI) policy was developed at the outset of the process and enforced throughout.
- The entire guidelines process was conducted independently of any industrial funding (i.e. pharmaceutical, medical devices).
- Update the 2004 recommendations for SCI patients.

Recherche/Suchzeitraum:

- Datenbankrecherche in Pubmed und Cochrane Databases ab 2004

LoE

The quality of evidence was rated as follows:

- high-quality evidence: further research is very unlikely to change the confidence level in the estimate of the effect;
- moderate-quality evidence: further research is likely to have an impact on confidence in the estimate of the effect and may change the estimate of the effect itself;
- low-quality evidence: further research is very likely to have an impact on confidence in the estimate of the effect and is likely to change the estimate of the effect itself;
- very low-quality evidence: any estimate of the effect is very unlikely.

GoR

The level of recommendation was binary (either positive or negative), and strong or weak:

- strong recommendation: we recommend, or we do not recommend (Grade 1+ or 1-);
- weak recommendation: we probably recommend, or we probably not recommend (Grade 2+ or 2-).

Sonstige methodische Hinweise

- Entscheidungsfindung über Delphi Verfahren und GRADE Bewertung
- Zu 12 Fragen wurden insgesamt 19 Empfehlungen erarbeitet.

Empfehlungen

Question 9: In patients with spinal cord injury, does a weaning protocol for mechanical ventilation specifically reduce mechanical ventilation times and length of stay in intensive care?

R9.1–It is probably recommended to use a bundle to facilitate respiratory weaning in patients with traumatic cervical cord injury, combining:

- an abdominal contention belt during periods of spontaneous breathing or raising procedures;
- active physiotherapy and a mechanically-assisted insufflation/exsufflation device to remove bronchial secretions;
- aerosol therapy combining beta-2 mimetics and anticholinergics.

(GRADE 2+) STRONG AGREEMENT

R9.2–The experts suggest performing a tracheostomy to accelerate ventilatory weaning within the first 7 days in patients with upper level spinal cord injury (C2–C5), and only after one or more tracheal extubation failures in patients with lower cervical spinal cord injury (C6–C7).

EXPERT OPINION

„Rationale

Protocol for weaning from mechanical ventilation

A review of the literature including 21 studies has highlighted the effectiveness of a ventilatory management protocol to reduce respiratory complications and the use of tracheotomy. In a before-after study, an early rehabilitation strategy with an early tracheostomy (< 7 days) in case of upper injury (> C5), bronchial drainage physiotherapy, assisted cough with insufflator/exsufflator in atelectasis and aerosol therapy based on beta-2 mimetics, has been associated with better neurological recovery at 1 year. When extubation is possible, protocols combining early extubation followed by intensive respiratory physiotherapy with bronchial drainage and mechanically assisted coughing (Cough-Assist type device) can sometimes lead to successful respiratory withdrawal without tracheostomy. In tetra-plegic patients, lying down is often better tolerated than sitting due to the effects of gravity on abdominal contents and inspiratory capacity. Wearing an abdominal contention belt may increase the tolerance of spontaneous ventilation, particularly when a sitting position has been chosen. Previous studies on respiratory muscle training techniques mainly included patients during the chronic phase of spinal cord injury. Therefore, we do not have a sufficient level of evidence to strongly recommend a specific protocol for weaning patients with spinal cord injury from mechanical ventilation to reduce mechanical ventilation times and their length of stay at the intensive care unit.

Tracheostomy

The main risk factors associated with mechanical ventilation weaning failure are an upper level spinal cord injury (above C5) and a complete spinal cord injury (ASIA Impairment Scale A). It is often necessary to perform a tracheostomy when the patient's residual vital capacity (VC) is decreased.



Upper level spinal cord injuries often reduce VC by more than 50%. When prolonged airway support is recognised and the possibility of tracheostomy is considered, the literature generally recommends performing this after 7 days if surgery has been performed with an anterior cervical approach. An earlier time point may be possible with a posterior surgical procedure. Early tracheostomy (< 7 days) may not only reduce ICU hospitalisation times but also the incidence of laryngeal complications due to prolonged intubation. The notion of a greater comfort with tracheostomy should be taken into account.“

4.7 Trouillet JL et al., 2018 [13]

Tracheotomy in the intensive care unit: Guidelines from a French expert panel

Fachgesellschaft: The French Intensive Care Society (FICS) and the French Society of Anaesthesia and Intensive Care Medicine (SFAR)

Fragestellung/Ziel

to conduct a systematic analysis of the published data in order to provide guidelines

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Beteiligung mehrerer Fachgesellschaften
- Sixteen experts and two coordinators agreed to consider questions concerning tracheotomy and its practical implementation.
- using the grading of recommendations assessment, development and evaluation (GRADE) method.
- This work was financially supported by the Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) and the Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR).
- No competing interest

Recherche/Suchzeitraum:

- Recherche in PubMed und der Cochrane Datenbank
- Keine Angaben zum Suchzeitraum.

GoR

A "strong" overall level of proof enabled formulation of a "strong" guideline (must be done, must not be done. GRADE 1+ or 1-).

A "moderate", "weak", or "very weak" overall level of proof led to the writing of an "optional" guideline (should probably be done or should probably not be done GRADE 2+ or 2-).

Sonstige methodische Hinweise

„The summary made by the experts and the application of GRADE methodology led to the drawing up of 8 formal guidelines, 10 recommendations, and 3 treatment protocols. Among the 8 formal guidelines, 2 have a high level of proof (Grade 1 ±) and 6 a low level of proof (Grade 2 ±). For the 10 recommendations, GRADE methodology was not applicable and instead 10 expert opinions were produced.“

Empfehlungen

R1.1–The experts suggest that tracheotomy be proposed in cases of prolonged weaning from mechanical ventilation and of acquired and potentially reversible neuromuscular disorder.

Expert opinion

„Rationale“:

- the term neuromuscular refers to acquired and potentially reversible cerebrospinal, motor, and muscle disorders (e.g., Guillain–Barré syndrome, intensive care unit acquired muscle weakness, myasthenia, lupus myelitis). No study has provided formal evidence that tracheotomy improves



the prognosis for survival of patients with these types of disorders. In this indication, no randomized study has evaluated the specific usefulness of early compared with late tracheotomy. Nevertheless, studies, often retrospective, suggest that late tracheotomy raises the risk of ventilator-associated pneumonia. Tracheotomy can be proposed when weaning from mechanical ventilation is prolonged: weaning lasting more than 7 days after the first spontaneous breathing trial;

- *in the case of Guillain-Barré syndrome, tracheotomy should only be considered if weaning from invasive mechanical ventilation is not achieved after completion of immunotherapy (intravenous immunoglobulins or plasma exchange). At the end of immunotherapy, deficit in plantar flexion associated with sciatic nerve block was found to be an early predictor of prolonged (> 15 days) invasive mechanical ventilation in 100% of cases. Alone, deficit in plantar flexion at the end of immunotherapy had a positive predictive value of 82% for prolonged mechanical ventilation."*

R5.1–The experts suggest that a multidisciplinary decannulation protocol should be available in intensive care units.

Experts opinion

R5.2–The tracheotomy tube cuff should probably be deflated when the patient is breathing spontaneously.

GRADE 2+, STRONG Agreement

„Rationale:

- *numerous observational and before/after studies conclude that use of a weaning protocol shortens weaning time and reduces the decannulation failure rate and the complication rate. In a controlled, randomized, single-center trial in 195 patients, cuff deflation once the patient was disconnected from the ventilator reduced failure of decannulation, shortened weaning from mechanical ventilation, and decreased tracheostomy-related complications;*
- *this consensual multidisciplinary protocol, which was written and is applied routinely by all members of the intensive care team who use tracheotomy, should at least define the following (Fig. 4): prior neurological examination and pharyngolaryngeal examinations, medical and paramedical personnel involved in decannulation, equipment needed for decannulation, immediate and subsequent monitoring of decannulation, and type and location of equipment required in cases of respiratory distress following decannulation."*

Prerequisite:

Weaning from mechanical ventilation 24/24 hours in cases of previous neurological disease.

Conditions of examination:

- Cuff deflated.
- Prior aspiration of secretions.
- Seated position $>70^\circ$.
- No anesthesia so as not to generate swallowing difficulties.
- Nasal endoscopy to the cuff.

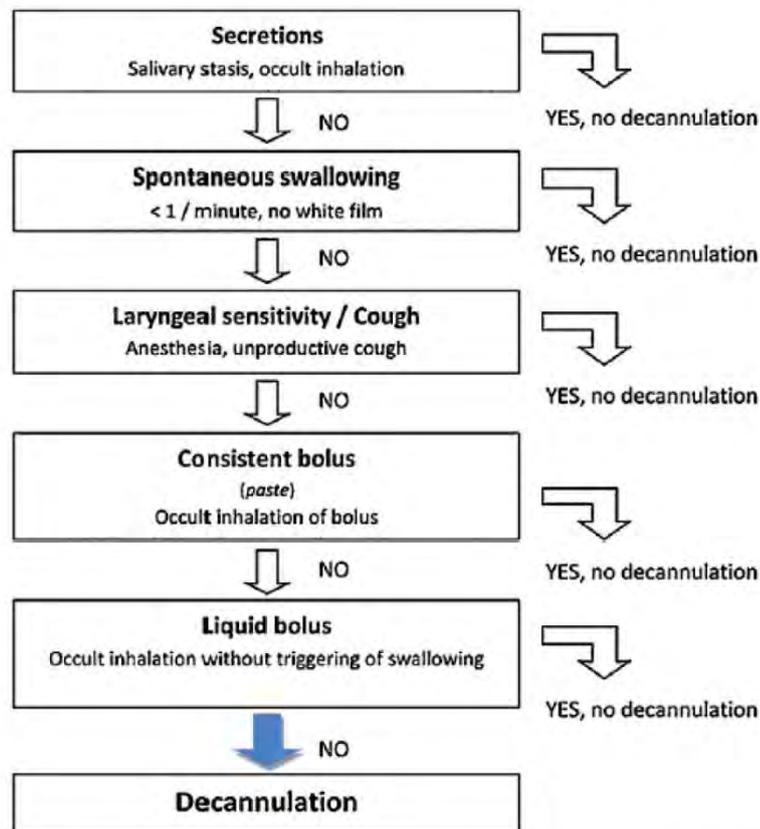


Fig. 4. Proposed endoscopic protocol associated with guideline 5.1 (Expert opinion): (According to Warnecke et al. *Crit Care Med* 2013 [106]).



R5.3–A pharyngolaryngeal examination should probably be performed at or following decannulation.

GRADE 2+, STRONG Agreement

„Rationale:

- *few prospective controlled studies consider the pharyngolaryngeal examination required during or following decannulation of intensive care patients or whether or not routine fiberoptic bronchoscopy is needed. A prospective observational study by practitioners blinded to each other's decisions shows the benefit of routine laryngotracheal endoscopy by the intensivist at decannulation, in comparison with routine clinical assessment of swallowing, possibly completed by the Evans blue dye test. Among the 100 neurological patients in the cohort, endoscopic evaluation allowed successful decannulation in 27 patients for whom clinical assessment had predicted failure of weaning. The recannulation rate was 1.9%. Pharyngolaryngeal examination on decannulation comprises sequential assessments of salivary stasis and silent inhalation, spontaneous swallowing, and laryngeal sensitivity, before considering a swallowing test using paste and then liquid. No patient who passed these three assessments had difficulty swallowing in the tests with paste and liquid. Other prospective, observational, but non-comparative studies confirm:*
 - *a higher incidence of swallowing dysfunction in tracheotomized patients ventilated for a prolonged period,*
 - *a longer intensive care stay and increased risk of inhalation and of pharyngolaryngeal lesions when tracheotomy is prolonged or decannulation is delayed."*



4.8 Quintard H et al., 2017 [9]

Intubation and extubation of the ICU patient.

Fachgesellschaft: The French Intensive Care Society (FICS) and the French Society of Anaesthesia and Intensive Care Medicine (SFAR)

Fragestellung/Ziel

„In constructing these guidelines, we have made use of new data on intubation and extubation in the ICU from the last decade to update existing procedures and incorporate more recent advances.“

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Beteiligung mehrerer Fachgesellschaften
- „A total of 19 experts were separated into 7 working groups (the paediatric experts being involved in all questions).“
- using the Delphi and GRADE Grid method
- Disclosure of interest ist aufgeführt

Recherche/Suchzeitraum:

- „Data had to have been published within the last ten years (until January 2016) to be selected.“
- Keine Angaben bzgl. durchsuchter Datenbanken

LoE

The quality of evidence is distributed into four categories:

- high: further research is very unlikely to change confidence in the estimate of the effect;
- moderate: further research is likely to have an impact on confidence in the estimate of the effect and may change the estimate of the effect itself;
- low: further research is very likely to have an impact on confidence in the estimate of the effect and is likely to change the estimate of the effect itself;
- very low: any estimate of the effect is very unlikely.

GoR

recommendations will always be binary, positive or negative and strong or weak:

- strong: We recommend or we recommend not to do (GRADE 1+ or 1-);
- weak: We suggest or we suggest not to do (GRADE 2+ or 2-).

Empfehlungen

Kapitel “4. Extubation of the ICU patient”

4.1. Prerequisite

R5.1 – We recommend a spontaneous breathing trial (SBT) before any extubation in an ICU patient ventilated for more than 48 hours to decrease the risk of extubation failure ([Grade 1+] strong agreement).

R5.2 – The SBT is inadequate as the sole means of detecting all patients at risk of extubation failure; before extubation we should probably screen for more specific causes and risk factors of failure including ineffective cough, excessive tracheobronchial secretions, swallowing disorders and altered consciousness ([Grade 2+] strong agreement).

4.2. Extubation failure in ICU

R6.1 – A cuff leak test should probably be performed before extubation to predict the occurrence of laryngeal oedema ([Grade 2+] strong agreement).

R6.2 – A cuff leak test should be performed before extubation in ICU patients with at least one risk factor for inspiratory stridor to reduce extubation failure related to laryngeal oedema ([Grade 1+] strong agreement).

R6.3 – Measures to prevent and treat laryngeal pathology should probably be implemented during mechanical ventilation ([Grade 2+] strong agreement).

R6.4 – If the leak volume is low or nil, corticosteroids should probably be prescribed to prevent extubation failure related to laryngeal oedema ([Grade 2+] strong agreement).

R6.5 – Once corticosteroid therapy is decided, it should be started at least 6 hours before extubation to be effective ([Grade 2+] strong agreement).

4.3. Respiratory therapy and extubation in the ICU

R7.1 – As a prophylactic measure, we suggest high-flow oxygen therapy via a nasal cannula after cardiothoracic surgery ([Grade 2+] strong agreement).

R7.2 – As a prophylactic measure, we suggest high-flow oxygen therapy via a nasal cannula after extubation in ICU for hypoxaemic patients and those at low risk of reintubation ([Grade 2+] strong agreement).

R7.3 – As a prophylactic measure, we suggest the use of non-invasive ventilation after extubation in ICU for those at high-risk of reintubation, especially hypercapnic patients ([Grade 2+] strong agreement).

R7.4 – As a therapeutic measure, we suggest the use of non-invasive ventilation to treat acute postoperative respiratory failure, especially after abdominal surgery or lung resection ([Grade 2+] strong agreement).

R7.5 – As a therapeutic measure, we suggest that non-invasive ventilation may not be used to treat acute respiratory failure after extubation in ICU, except in patients with underlying chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or when there is obvious cardiogenic pulmonary oedema. ([Grade 2–] weak Agreement).

R7.6 – Treatment from a physiotherapist is probably required before and after endotracheal extubation following mechanical ventilation for more than 48 hours to reduce the duration of weaning and the failure of extubation ([Grade 2+] strong agreement).

R7.7 – A physiotherapist should probably attend endotracheal extubation, to limit immediate complications such as bronchial obstruction in patients with high risk of extubation failure ([Grade 2+] strong agreement).

Kapitel „6. Extubation“

6.1. Prerequisites

R5.1 (paediatrics) – A spontaneous breathing trial (SBT) should probably be performed before extubation of children ventilated in the PICU to decrease the risk of extubation failure ([Grade 2+] strong agreement).

R5.2 (paediatrics)– The SBT being insufficient by itself to detect all children at risk for extubation failure, more specific causes and risk factors for extubation failure including ineffective cough, excessive tracheo-bronchial secretions, swallowing disorders, altered consciousness and factors specific to paediatrics should probably be sought before extubation ([Grade 2+] strong agreement).

6.2. Extubation failure in PICU

R6.5 (paediatrics) – When corticosteroid therapy is prescribed, it should be started at least 24 hours before extubation to be effective ([Grade 1+] strong agreement).

6.3. Respiratory therapy and extubation in the PICU

R7 (paediatrics) – We should probably not use non-invasive ventilation after extubation in the PICU in low risk patients (Expert advice: strong agreement).

4.9 Girard TD et al., 2017 [6]

An Official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline: Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. Rehabilitation Protocols, Ventilator Liberation Protocols, and Cuff Leak Tests.

Fachgesellschaften:

The American Thoracic Society (ATS) and the American College of Chest Physicians (CHEST)

Fragestellung/Ziel

to provide evidence-based recommendations to optimize liberation from mechanical ventilation in critically ill adults.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- „The guideline panel then formulated recommendations after considering the balance of desirable consequences (benefits) versus undesirable consequences (burdens, adverse effects, and costs), the certainty in the evidence, and the feasibility and acceptability of various interventions.“
- „Panelists determined to have no substantial conflicts of interest were approved, whereas those with potential intellectual and financial conflicts of interest that were considered manageable were “approved with management,” meaning that they were prohibited from participating in discussions or voting on recommendations in which they had substantial conflicts of interest.“

Recherche/Suchzeitraum

- Medline plus one or more of the following databases: Cochrane Library, EMBASE, or CINAHL
- Searches were first performed in December 2014 and then updated periodically, most recently in May 2015.

LoE/GoR

GRADE approach to assess certainty in the estimated effects of each intervention on each outcome of interest

Table 1. Certainty in the Evidence

Rating	Definition
High	High confidence that the true effect lies close to that of the estimated effect.
Moderate	Moderate confidence in the estimated effect. The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.
Low	Low confidence in the estimated effect. The true effect may be substantially different from the estimated effect.
Very low	Very low confidence in the estimated effect. The true effect is likely to be substantially different from the estimated effect

Table 2. Implications of Recommendations by Stakeholders

Implications for	Strong Recommendation	Conditional Recommendation
Patients	Most individuals in this situation would want the recommended course of action and only a small proportion would not.	The majority of individuals in this situation would want the suggested course of action, but many would not.
Clinicians	Most individuals should receive the recommended course of action. Adherence to this recommendation according to the guideline could be used as a quality criterion or performance indicator. Formal decision aids are not likely to be needed to help individuals make decisions consistent with their values and preferences.	Recognize that different choices will be appropriate for different patients, and that you must help each patient arrive at a management decision consistent with her or his values and preferences. Decision aids may well be useful helping individuals making decisions consistent with their values and preferences. Clinicians should expect to spend more time with patients when working toward a decision.
Policy makers	The recommendation can be adapted as policy in most situations, including for the use as performance indicators.	Policy making will require substantial debates and involvement of many stakeholders. Policies are also more likely to vary between regions. Performance indicators would have to focus on the fact that adequate deliberation about the management options has taken place.

Sonstige methodische Hinweise

- „Cochrane Risk of Bias tool to assess risk of bias for randomized trials and the Documentation and Appraisal Review Tool to assess the quality of systematic reviews.“
- „In these guidelines, we use the term “rehabilitation” to describe any program directed toward mobilization, regardless of whether the program is implemented by a nurse, physical therapist, or other clinician.“
- „A conditional recommendation indicates that the desirable consequences probably outweigh the undesirable consequences of the intervention, and well-informed patients or substitute decision makers may make different choices regarding whether or not they are managed with the intervention.“
- „We used the Cochrane Collaboration ReviewManager, version 5.3 to pool the results across individual studies. We used a random-effects model and the method of DerSimonian and Laird to pool the individual estimates.“

Empfehlungen

Question 1: Should acutely hospitalized adults who have been mechanically ventilated for more than 24 hours be subjected to protocolized rehabilitation directed toward early mobilization or no protocolized attempts at early mobilization?

ATS/CHEST recommendation.For acutely hospitalized adults who have been mechanically ventilated for more than 24 hours, we suggest protocolized rehabilitation directed toward early mobilization (conditional recommendation, low certainty in the evidence).

- Remarks. There is insufficient evidence to recommend any rehabilitation protocol over another.
- Values and preferences. This recommendation places a high value on reducing the duration of mechanical ventilation and increasing the likelihood of being able to walk at discharge and a lower value on cost and resource use.

Question 2: Should acutely hospitalized adults who have been mechanically ventilated for more than 24 hours be managed with a ventilator liberation protocol or no protocol?

ATS/CHEST recommendation.We suggest managing acutely hospitalized adults who have been mechanically ventilated for more than 24 hours with a ventilator liberation protocol (conditional recommendation, low certainty in the evidence).



- Remarks. The ventilator liberation protocol may be either personnel driven or computer driven. There is insufficient evidence to recommend any ventilator liberation protocol over another.
- Values and preferences. This recommendation places a high value on reducing the duration of mechanical ventilation and ICU length of stay and a lower value on resource use.

Question 3a: Should a cuff leak test be performed before extubation of mechanically ventilated adults?

Question 3b: Should systemic steroids be administered to adults who fail a cuff leak test before extubation?

ATS/CHEST recommendation.

- We suggest performing a cuff leak test in mechanically ventilated adults who meet extubation criteria and are deemed high risk for postextubation stridor (conditional recommendation, very low certainty in the evidence).
- For adults who have failed a cuff leak test but are otherwise ready for extubation, we suggest administering systemic steroids for at least 4 hours before extubation (conditional recommendation, moderate certainty in the evidence).
 - Remarks. Risk factors for postextubation stridor include traumatic intubation, intubation more than 6 days, large endotracheal tube, female sex, and reintubation after unplanned extubation. A repeat cuff leak test is not required after the administration of systemic steroids.
 - Values and preferences. These recommendations place a high value on avoiding reintubation, postextubation stridor, and delayed extubation, and a lower value on the burdens related to implementing the cuff leak test and the side effects of steroid use.

4.10 Ouellette DR et al., 2017 [8]

Liberation From Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults: An Official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Inspiratory Pressure Augmentation During Spontaneous Breathing Trials, Protocols Minimizing Sedation, and Noninvasive Ventilation Immediately After Extubation.

Fachgesellschaften:

The American Thoracic Society (ATS) and the American College of Chest Physicians (CHEST)

Fragestellung

to provide recommendations to clinicians concerning liberation from the ventilator.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Siehe Girard et al. (2017) [6]
- Funding/Support: This study was funded in total by internal funds from the American College of Chest Physicians.

Recherche/Suchzeitraum

- using the following databases: MEDLINE via PubMed, the Cochrane Library, and CINAHL.
- systematic search of the literature in December 2014

LoE/GoR

TABLE 2] Quality of Evidence Grades

Grade	Definition
High	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.
Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.
Low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.
Very low	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Siehe Girard et al. (2017) [6]

Sonstige methodische Hinweise

- „Cochrane Risk of Bias tool to assess risk of bias for randomized trials and the Documentation and Appraisal Review Tool to assess the quality of systematic reviews.“
- „A conditional recommendation indicates that the desirable consequences probably outweigh the undesirable consequences of the intervention, and well-informed patients or substitute decision makers may make different choices regarding whether or not they are managed with the intervention.“
- „We used the Cochrane Collaboration ReviewManager, version 5.3 to pool the results across individual studies. We used a random-effects model and the method of DerSimonian and Laird to pool the individual estimates.“

Empfehlungen

Question 1: In acutely hospitalized patients ventilated more than 24 h, should the spontaneous breathing trial (SBT) be conducted with or without inspiratory pressure augmentation?

„The SBT was terminated if the patient exhibited signs of poor tolerance; otherwise, the SBT was considered successful (“successful SBT”). When the SBT was successful, the patient was extubated at the end of the period and provided supplemental oxygen. “Extubation success” was defined as not requiring reintubation or NIV in the following 48 h. (...) When the trials were pooled through meta-analysis, conducting the SBT with pressure augmentation was more likely to be successful (84.6% vs 76.7%; RR, 1.11; 95% CI, 1.02-1.18), produced a higher rate of extubation success (75.4% vs 68.9%; RR, 1.09; 95% CI, 1.02-1.18), and was associated with a trend toward lower ICU mortality (8.6% vs 11.6%; RR, 0.74; 95% CI, 0.45-1.24).“

CHEST/ATS recommendation For acutely hospitalized patients ventilated more than 24 h, we suggest that the initial SBT be conducted with inspiratory pressure augmentation (5-8 cm H₂O) rather than without (T-piece or CPAP)

(Conditional Recommendation, Moderate-Quality Evidence)

- Remarks: This recommendation relates to how to conduct the initial SBT but does not inform how to ventilate patients between unsuccessful SBTs.
- Values and Preferences: This recommendation places a high value on reducing the duration of mechanical ventilation and maximizing the probability of extubation success.

Question 2: In acutely hospitalized patients ventilated for more than 24 h, do protocols attempting to minimize sedation compared with approaches that do not attempt to minimize sedation impact duration of ventilation, duration of ICU stay, and short-term mortality (60 days)?

„The summary of the pooled evidence showed no significant difference in the duration of mechanical ventilation in the protocolized sedation group (mean difference 1 day shorter; 95% CI, from 2.14 to 0.14) (...). The summary of the pooled evidence showed a shorter ICU length of stay in the protocolized sedation group (mean difference, 1.78 days shorter; 95% CI, -3.41 to -0.14). The summary of the pooled evidence showed no significant difference in short-term mortality in the protocolized sedation group (RR, 0.93; 95% CI, 0.77- 1.11; P =.42).“

CHEST/ATS recommendation For acutely hospitalized patients ventilated for more than 24 h, we suggest protocols attempting to minimize sedation

(Conditional Recommendation, Low Quality of Evidence)

- Remarks: There is insufficient evidence to recommend any protocol over another;
- Values and Preferences: This recommendation places a high value on reducing mechanical ventilation duration and ICU length of stay and views the burden of protocolized sedation as very low.

Question 3: In high-risk patients receiving mechanical ventilation for more than 24 h who have passed an SBT, does extubation to preventive noninvasive ventilation (NIV) compared with no NIV have a favorable effect on duration of ventilation, ventilator-free days, extubation success (liberation > 48 h), duration of ICU stay, short-term mortality (60 days), or long-term mortality?

„In assessing the aggregate data, all five studies addressed extubation success. NIV was favored over standard care in high-risk patients following extubation (RR, 1.14; 95% CI, 1.05-1.23) (...). Four studies examined the outcomes of ICU length of stay and short-term mortality, with the finding that NIV was significantly better than conventional therapy for each outcome (ICU length of stay:



mean difference, -2.48 days; 95% CI, -4.03 to -0.93; short-term mortality: RR, 0.37; 95% CI, 0.19-0.70). Two studies demonstrated significantly lower long-term mortality with NIV compared with standard care in high-risk patients following extubation (RR, 0.58; 95% CI, 0.27-1.22).

The panel judged the desirable consequences of extubation to preventative NIV to clearly outweigh the undesirable consequences. The desirable consequences considered by the panel included improved extubation success as well as a 2-day reduction of ICU length of stay. The panel noted that potential undesirable consequences of NIV include nasal bridge damage, conjunctivitis, and nasal ulceration. However, the desirable consequences outweigh these potential harms."

CHEST/ATS recommendation For patients at high risk for extubation failure who have been receiving mechanical ventilation for more than 24 h, and who have passed an SBT, we recommend extubation to preventative NIV

(Strong Recommendation, Moderate Quality of Evidence).

- **Remarks:** Patients at high risk for failure of extubation may include those patients with hypercapnia, COPD, congestive heart failure (CHF), or other serious comorbidities. Physicians may choose to avoid extubation to NIV in selected patients for patientspecific factors including but not limited to the inability to receive ventilation through a mask or similar interface. Physicians who choose to use NIV should apply such treatment immediately after extubation to realize the outcome benefits
- **Values and Preferences:** This recommendation places a high value on early extubation, which will lead to substantial benefits including a reduction in ventilator-related and ICUrelated complications and to reductions in health-care costs accruing from a reduction in ICU stay.



4.11 Schmidt GA et al., 2017 [12]

Liberation From Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults: Executive Summary of an Official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society Clinical Practice Guideline.

Fachgesellschaften:

The American Thoracic Society (ATS) and the American College of Chest Physicians (CHEST)

Fragestellung

This clinical practice guideline addresses six questions related to liberation from mechanical ventilation in critically ill adults.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Siehe Girard et al. (2017) [6]
- Funding/Support: This study was funded in total by internal funds from the American College of Chest Physicians.

Recherche/Suchzeitraum und LoE/GoR

Siehe Girard et al. (2017) [6]

Sonstige methodische Hinweise

- In dieser Ausführung der Leitlinie finden sich keine Verknüpfungen der Empfehlungen mit relevanter Literatur
- Diese LL enthält Empfehlungen, die bereits bei Girard et al. (2017) [6] aufgeführt wurden.

Empfehlungen

Question 1: In acutely hospitalized patients ventilated more than 24 h, should the spontaneous breathing trial (SBT) be conducted with or without inspiratory pressure augmentation?

The evidence suggested that conducting the SBT with pressure augmentation was more likely to be successful, produced a higher rate of extubation success, and was associated with a trend toward lower ICU mortality than SBTs performed without pressure augmentation.

CHEST/ATS Recommendation 1. For acutely hospitalized patients ventilated more than 24 h, we suggest that the initial SBT be conducted with inspiratory pressure augmentation (5-8 cm H₂O) rather than without (T-piece or CPAP)

(Conditional Recommendation, Moderate-Quality Evidence).

- Remarks: This recommendation relates to how to conduct the initial SBT but does not inform how to ventilate patients between unsuccessful SBTs.
- Values and Preferences This recommendation places a high value on reducing the duration of mechanical ventilation and maximizing the probability of extubation success.

Question 2: In acutely hospitalized patients ventilated for more than 24 h, do protocols attempting to minimize sedation compared with approaches that do not attempt to minimize sedation impact duration of ventilation, duration of ICU stay, and short-term mortality (60 days)?

The evidence showed a trend toward a shorter duration of mechanical ventilation, a shorter ICU length of stay, and a trend toward lower short-term mortality in the protocolized sedation group.



CHEST/ATS Recommendation 2. For acutely hospitalized patients ventilated for more than 24 h, we suggest protocols attempting to minimize sedation (Conditional Recommendation, Low-Quality Evidence).

- Remarks: There is insufficient evidence to recommend any protocol over another.
- Values and Preferences This recommendation places a high value on reducing mechanical ventilation duration, ICU length of stay, and short-term mortality and views the burden of protocolized sedation as very low.

Question 3: In high-risk patients receiving mechanical ventilation for more than 24 h who have passed an SBT, does extubation to preventive noninvasive ventilation (NIV) compared with no NIV have a favorable effect on duration of ventilation, ventilatorfree days, extubation success (liberation > 48 h), duration of ICU stay, short-term mortality (60 days), or long-term mortality?

In studies of preventive NIV, there was heterogeneity in defining the high-risk patient. Risk factors included older age, comorbidities such as COPD or congestive heart failure, and hypercapnia during the SBT. The evidence synthesis indicated that preventive NIV was superior to no preventive NIV regarding extubation success, ICU length of stay, and both short- and longterm mortality.

CHEST/ATS Recommendation 3. For patients at high risk for extubation failure who have been receiving mechanical ventilation for more than 24 h and who have passed an SBT, we recommend extubation to preventive NIV (Strong Recommendation, Moderate Quality Evidence).

- Remarks: Patients at high risk for failure of extubation may include those patients with hypercapnia, COPD, congestive heart failure, or other serious comorbidities. Physicians may choose to avoid extubation to NIV in selected patients for patient-specific factors including but not limited to the inability to receive ventilation through a mask or similar interface. Physicians who choose to use NIV should apply such treatment immediately after extubation to realize the outcome benefits.
- Values and Preferences This recommendation places a high value on early extubation and a lesser value on the burdens related to institution and maintenance of preventive NIV.

Question/Recommendation 4 siehe Question/Recommendation 1 bei Girard et al. (2017) [6]

Question/Recommendation 5 siehe Question/Recommendation 2 bei Girard et al. (2017) [6]

Question/Recommendation 6a/b siehe Question/Recommendation 3 a/b bei Girard et al. (2017) [6]

4.12 Kneyber MCJ et al., 2017 [7]

Recommendations for mechanical ventilation of critically ill children from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC).

Fachgesellschaft:

European Society for Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC)

Fragestellung

to establish a European consensus guideline on mechanical ventilation of critically children

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- The Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC) consisted of a panel of 15 experts
- who developed and voted on 152 recommendations
- Conflicts of interest und funding sind angegeben.

Recherche/Suchzeitraum:

Electronic literature search in PubMed and EMBASE (inception to September 1, 2015)

LoE/GoR

„Recommendations were scored from 1 (complete disagreement) to 9 (complete agreement). Median score (95% confidence interval) was calculated after eliminating one lowest and highest value. Recommendations were labelled “strong agreement” (median 7–9 and no score <7), “equipoise” (median 4–6) or “disagreement” (median 1–3). Recommendations without “strong agreement” were rephrased. Revised recommendations retaining “strong agreement” after the second electronic voting (February 2016) were labelled “weak agreement” and the percentage of agreement (number of individual scores ≥ 7 divided by 15) quantified the level of disagreement. As it was expected a priori that there would be very few RCTs or systematic reviews, it was decided by the steering committee to keep the consensus guideline descriptive and not use the GRADE system.“

Empfehlungen

Weaning and extubation readiness testing

There are insufficient data to recommend on the timing of initiation (**strong agreement**) and approach to weaning (**strong agreement**) and the routine use of any extubation readiness testing that is superior to clinical judgement (**strong agreement**).

Assessing daily weaning readiness may reduce duration of ventilation. There are no data supporting superiority of any approach such as protocolised weaning, closed-loop protocols, nurse-led weaning, or the usefulness of predictors for weaning success. There are no data to recommend how to perform and evaluate extubation readiness testing (ERT), although some studies suggest that using a minimum pressure support overestimates extubation success. There are insufficient data to recommend the routine use of non-invasive respiratory support after extubation for any patient category. However, early application of NIV combined with cough-assist techniques should be considered in neuromuscular diseases to prevent extubation failure (**strong agreement**). There is only one small pilot study suggesting that the use of NIV may prevent reintubation in children at high-risk for extubation failure. Although appealing, post-extubation NIV in combination with cough-assist techniques has not been confirmed to prevent extubation failure in neuromuscular patients yet.



4.13 Rochweg B et al., 2017 [10]

Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure.

Fachgesellschaften:

European Respiratory Society (ERS) und American Thoracic Society (ATS)

Fragestellung/Ziel

to provide evidence-based recommendations on the application of noninvasive ventilation (NIV) in acute respiratory failure (ARF).

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- guideline committee was composed of clinicians, methodologists and experts in the field of NIV.
- The committee developed recommendations based on the GRADE (Grading, Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) methodology for each actionable question
- Recommendations and their strength were decided by consensus.
- Committee members signed a confidentiality agreement and disclosed all potential conflicts of interest

Recherche/Suchzeitraum

- The Ovid platform was used to search MEDLINE and the Cochrane Registry of Controlled Trials (CENTRAL).
- last update of the search was performed in November 2016

LoE/GoR

The certainty in effect estimates for each outcome were then categorised as high, moderate, low or very low according to the GRADE process.

Each recommendation was designated as “strong” or “conditional”. As outlined by GRADE, we used the phrasing “we recommend” for strong recommendations and “we suggest” for conditional recommendations. Table 1 provides an interpretation of these recommendations by stakeholders (patients, clinicians and healthcare policy makers).

	Strong recommendation	Weak recommendation
For patients	Most individuals in this situation would want the recommended course of action and only a small proportion would not.	The majority of individuals in this situation would want the suggested course of action, but many would not.
For clinicians	Most individuals should receive the recommended course of action. Adherence to this recommendation according to the guideline could be used as a quality criterion or performance indicator. Formal decision aids are not likely to be needed to help individuals make decisions consistent with their values and preferences.	Different choices are likely to be appropriate for different patients and therapy should be tailored to the individual patient's circumstances. Those circumstances may include the patient or family's values and preferences.
For policy makers	The recommendation can be adapted as policy in most situations including for the use as performance indicators.	Policy making will require substantial debates and involvement of many stakeholders. Policies are also more likely to vary between regions. Performance indicators would have to focus on the fact that adequate deliberation about the management options has taken place.

5 Zusammenfassung

Über die Recherche wurden 13 gültige Leitlinien gefunden:

- Eine S3 LL [2] der DGAI und drei S2k Leitlinien [3, 4, 5] der DGP bzw. DGNR (Deutschland)
- Drei LL der SFAR, SRLF bzw. FICS (Frankreich [9, 11, 13])
- Eine LL der ESPNIC [7] und 1 LL der ERS/ATS [10] (Europa bzw. Europa/Amerika)
- Eine LL der ISCCM (Indien [1])
- Drei LL der ATS und CHEST (Amerika [6, 8, 12])

Die S2k Leitlinien [3, 4, 5] der DGP bzw. DGNR sowie die Leitlinie der ESPNIC [7] sind Konsensus-basierte Leitlinien; folglich finden sich dort keine Verknüpfungen und keine Bewertung der aktuellen Literatur.

In den Leitlinien werden Empfehlungen zum Weaning in verschiedenen Patientengruppen bzw. Settings dargestellt für

- Patientinnen und Patienten mit akuter respiratorischer Insuffizienz [2, 4, 10]
- Patientinnen und Patienten in der ICU [1, 9, 13]
- Lebensbedrohlich erkrankte Erwachsene (Critical ill adults) [6, 8, 12]
- Kinder [7]
- Neurologische bzw. neurochirurgische Patientinnen und Patienten [3]
- Patientinnen und Patienten mit Rückenmarksverletzungen [11]

Im Folgenden findet sich eine Zusammenstellung relevanter Empfehlungen für die Themenkomplexe Weaning-Protokolle, Entwöhnung von der Beatmung, Aufwachversuche, Sedierungsregime und Tracheotomie:

- Weaning-Protokolle
 - Die Anwendung von Weaning-Protokollen wird für adulte Patienten, die länger als 24h invasiv beatmet wurden, in der S3 Leitlinie der DGAI [2] stark empfohlen. Für neurologische bzw. neurochirurgische Patientinnen und Patienten so wie für Kinder können keine Empfehlungen abgegeben werden.
 - Die ISCCM [1] gibt eine schwache Empfehlung für den Einsatz von standardisierten Protokollen zum Weaning von NIV.
 - Die ATS/CHEST [6, 12] gibt eine schwache Empfehlung für den Einsatz eines Protokolls zur Befreiung von der Beatmung (*ventilator liberation*) bei Patientinnen und Patienten, die mehr als 24 Stunden beatmet wurden.
- Entwöhnbarkeit von der Beatmung
 - Zur Prädiktion der Entwöhnbarkeit von der Beatmung wird in der S3 Leitlinie der DGAI [2] eine schwache Empfehlung für folgende Verfahren abgegeben:
 - Respiratory Frequency-to-Tidal Volume Ratio
 - Messung des expiratorischen Spitzenfluss (Peak Expiratory Flow)
 - Cuff Leak Test

Insgesamt wird die Qualität der Evidenz hinsichtlich des Stellenwerts von Prädiktoren für eine erfolgreiche Entwöhnung von der Beatmung als niedrig bewertet.
 - Die SFAR empfiehlt den Cuff Leak Test für Patientinnen und Patienten der ICU mit Risiko für Stridor [9]. Zudem wird die Durchführung des Cuff Leak Test zur Prädiktion eines Larynxödems vorgeschlagen [9].



- Die ATS/CHEST [6] gibt eine schwache Empfehlung für den Einsatz des Cuff Leak Test bei Patientinnen und Patienten, die die Kriterien für eine Extubation erfüllen und bei denen das Risiko für Stridor besteht.
- Aufwachversuche und Sedierungsregime
 - In der S3 LL der DGAI [2] wird eine starke Empfehlung für eine Kombination von Weaning-Protokoll mit protokollbasierten Aufwachversuchen und/oder protokollbasiertem Sedierungsregime abgegeben.
 - Die ATS/CHEST [8] gibt eine schwache Empfehlung für den Einsatz von Sedierungsprotokollen bei Patientinnen und Patienten, die für mehr als 24 Stunden beatmet werden.
- Tracheotomie
 - Für eine Tracheotomie wird in der S3 Leitlinie der DGAI [2] für Erwachsene im prolongierten Weaning und ohne NIV-Option eine schwache Empfehlung auf Basis eines Expertenkonsens abgegeben.
 - Auf Basis von Expertenkonsens wird von der SFAR eine Tracheotomie für Patientinnen und Patienten mit Rückenmarksverletzung [11] und in bestimmten Fällen mit prolongiertem Weaning von der mechanischen Beatmung empfohlen [13].
 - Der Einsatz eines Dekanülierungsprotokolls in der ICU wird auf Basis eines Expertenkonsens von der SFAR empfohlen [13].

Referenzen

1. **Chawla R, Dixit SB, Zirpe KG, Chaudhry D, Khilnani GC, Mehta Y, et al.** ISCCM guidelines for the use of non-invasive ventilation in acute respiratory failure in adult ICUs. *Indian J Crit Care Med* 2020;24(Suppl 1):S61-S81.
2. **Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI).** Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz [online]. AWMF-Registernummer 001-021. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2017. [Zugriff: 04.09.2020]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-021_S3_Invasive_Beatmung_2017-12.pdf.
3. **Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR).** Besonderheiten des prolongierten Weanings bei Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation [online]. AWMF-Registernummer 080-002. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2016. [Zugriff: 04.09.2020]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/080-002_S2k_Prolongiertes_Weaning_neurol_neuroch_Fruehreha_2017-04-verlaengert.pdf.
4. **Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP).** Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz; Revision 2017 [online]. AWMF-Registernummer 020-008. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2017. [Zugriff: 04.09.2020]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-008_S2k_NIV_Nichtinvasive_invasive_Beatmung_Insuffizienz_2017-10-verlaengert.pdf.
5. **Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP).** Prolongiertes Weaning: S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin [online]. AWMF-Registernummer 020-015. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2019. [Zugriff: 04.09.2020]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-015_S2k_Prolongiertes_Weaning_2019_09_1.pdf.
6. **Girard TD, Alhazzani W, Kress JP, Ouellette DR, Schmidt GA, Truitt JD, et al.** An official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians clinical practice guideline: liberation from mechanical ventilation in critically ill adults; rehabilitation protocols, ventilator liberation protocols, and cuff leak tests. *Am J Respir Crit Care Med* 2017;195(1):120-133.
7. **Kneyber MCJ, de Luca D, Calderini E, Jarreau PH, Javouhey E, Lopez-Herce J, et al.** Recommendations for mechanical ventilation of critically ill children from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC). *Intensive Care Med* 2017;43(12):1764-1780.
8. **Ouellette DR, Patel S, Girard TD, Morris PE, Schmidt GA, Truitt JD, et al.** Liberation from mechanical ventilation in critically ill adults: an official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society clinical practice guideline: inspiratory pressure augmentation during spontaneous breathing trials, protocols minimizing sedation, and noninvasive ventilation immediately after extubation. *Chest* 2017;151(1):166-180.
9. **Quintard H, l'Her E, Pottecher J, Adnet F, Constantin JM, De Jong A, et al.** Intubation and extubation of the ICU patient. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2017;36(5):327-341.



10. **Rochweg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS, Nava S, et al.** Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J* 2017;50(2):1602426.
11. **Roquilly A, Vigue B, Boutonnet M, Bouzat P, Buffenoir K, Cesareo E, et al.** French recommendations for the management of patients with spinal cord injury or at risk of spinal cord injury. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2020;39(2):279-289.
12. **Schmidt GA, Girard TD, Kress JP, Morris PE, Ouellette DR, Alhazzani W, et al.** Liberation from mechanical ventilation in critically ill adults: executive summary of an official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Chest* 2017;151(1):160-165.
13. **Trouillet JL, Collange O, Belafia F, Blot F, Capellier G, Cesareo E, et al.** Tracheotomy in the intensive care unit: guidelines from a French expert panel: the French Intensive Care Society and the French Society of Anaesthesia and Intensive Care Medicine. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2018;37(3):281-294.

Anhang

Recherchestrategie

PubMed am 30.09.2020

#	Suchfrage
1	ventilator weaning[mh]
2	ventilat*[tiab] OR respiration[tiab] OR respirator[tiab] OR respirators[tiab] OR respiratory care[tiab] OR respiratory management[tiab] OR respiratory support[tiab] OR respiration[tiab]
3	wean*[tiab] OR liberat*[tiab] OR discontin*[tiab] OR terminat*[tiab]
4	prolonged weaning[tiab] OR weaning protocol*[tiab] OR weaning mode[tiab] prolonged mechanical ventilation[tiab] OR prolonged ventilation[tiab] OR prolonged ventilator[tiab] OR chronically ventilated[tiab]
5	wean*[ti]
6	#1 OR (#2 AND #3) OR #4 OR #5
7	airway extubation[mh]
8	endotrachea*[tiab] OR trachea*[tiab] OR tracheo*[tiab] OR intratrachea*[tiab] OR airway[tiab] OR respiratory[tiab]
9	extubat*[tiab]
10	decannulat*[tiab] OR decanulat*[tiab]
11	extubat*[ti]
12	#7 OR (#8 AND #9) OR #10 OR #11
13	#6 OR #12
14	wean*[tiab] OR liberat*[tiab] OR discontin*[tiab] OR extubat*[tiab] OR terminat*[tiab] OR decannulat*[tiab] OR decanulat*[tiab]
15	home care services[mh:noexp] OR home care services, hospital-based[mh] OR home health nursing[mh] ambulatory care[mh:noexp]
16	home care[tiab] OR domiciliary care[tiab] OR home respiratory care[tiab] OR home ventilation[tiab] OR home respiration[tiab] OR home respirator[tiab] OR home respirators[tiab]
17	ambulatory care facilities[mh]
18	(ambulatory[tiab] OR outpatient[tiab]) AND (care[tiab] OR clinic*[tiab])
19	#14 AND (#15 OR #16 OR #17 OR #18)
20	#13 OR #19
21	(((((recommendation[Title] OR recommendations[Title]) OR consensus[Title]) OR "position paper"[Title] OR "good clinical practice"[Title] OR "clinical practice guideline"[Title] OR standard[Title] OR standards[Title])) NOT medline[sb])) OR ((guideline[Title] OR guidelines[Title])) OR (((Consensus Development Conference[Publication Type] OR Consensus Development Conference, NIH[Publication Type] OR Practice Guideline[Publication Type] OR Guideline[Publication Type]))
22	#20 AND #21
23	(#22) AND ("2010/01/01"[PDAT] "3000"[PDAT])

CINAHL (EBSCO) am 29.09.2020

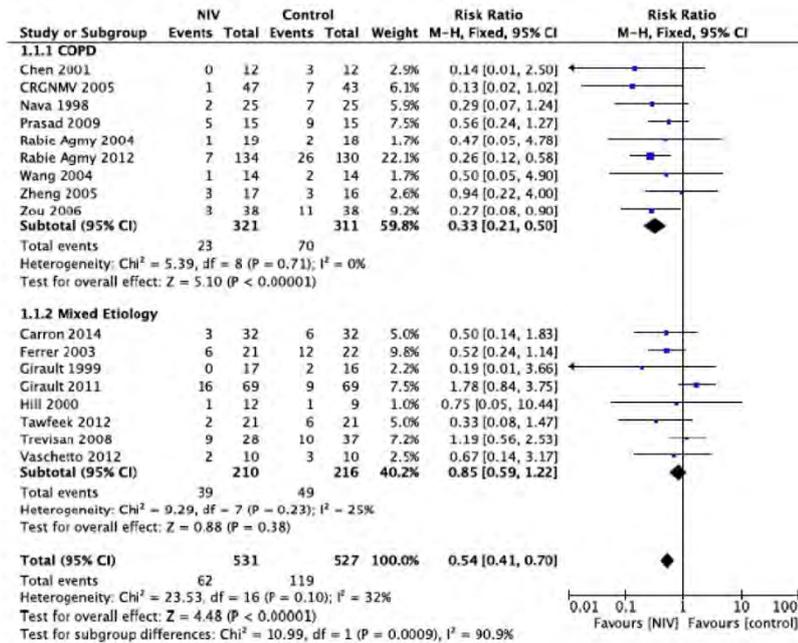
#	Suchfrage
1	MH ventilator weaning
2	TI (ventilat* OR respiration OR respirator OR respirators OR respiratory care OR respiratory management OR respiratory support OR respiration OR wean*)
3	AB ((ventilat* OR respiration OR respirator OR respirators OR respiratory care OR respiratory management OR respiratory support OR respiration) AND (wean* OR liberat* OR discontin* OR terminat*))



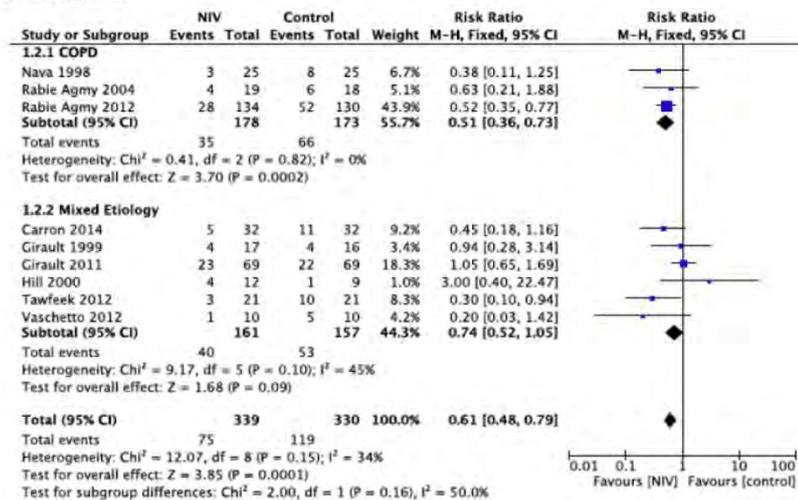
#	Suchfrage
4	S1 OR S2 OR S3
5	MH extubation
6	T1 (endotrachea* OR trachea* OR tracheo* OR intratrachea* OR airway OR respiration OR respirator OR respirators OR respiratory care OR respiratory management OR respiratory support OR respirated OR extubat* OR decannulat* OR decanulat*)
7	AB (((endotrachea* OR trachea* OR intratrachea* OR airway OR respiratory) N3 extubat*) OR decannulat* OR decanulat*)
8	S5 OR S6 OR S7
9	S4 OR S8
10	MH home respiratory care
11	T1 (home respirat* OR home ventilat* OR outpatient respirat* OR outpatient ventilat*)
12	AB (home respirat* OR home ventilat* OR outpatient respirat* OR outpatient ventilat*)
13	S10 OR S11 OR S12
14	S9 OR S13
15	Published Date: 20100901-20200931
16	Limiters - Publication Type: Algorithm, Care Plan, Critical Path, Practice Guidelines, Protocol, Standards

Ergänzungen zu Rochweg B et al. (2017) [10]

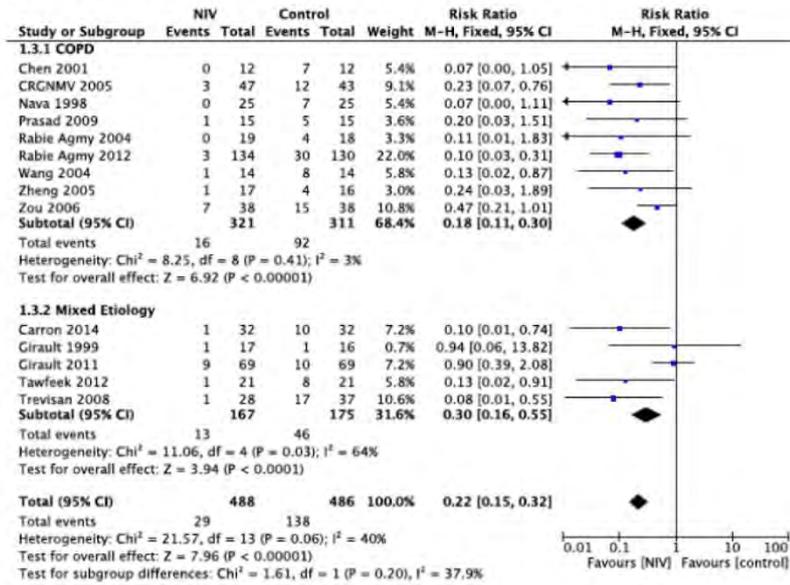
Mortality



Weaning Failure



Ventilator Associated Pneumonia



Evidence Profile

No of studies	Study design	Quality assessment					No of patients		Effect		Quality	Importance
		Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	NIV	routine practice	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Mortality												
17 [75-91]	randomised trials	not serious ¹	not serious	serious ²	not serious	none	62/531 (11.7%)	119/527 (22.6%)	RR 0.54 (0.41 to 0.70)	104 fewer per 1000 (from 68 fewer to 133 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Wearing Failure												
9 [76, 79-82, 84-86, 88]	randomised trials	serious ¹	not serious	serious ⁴	not serious	none	75/339 (22.1%)	119/330 (36.1%)	RR 0.61 (0.48 to 0.79)	141 fewer per 1000 (from 76 fewer to 188 fewer)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL
Ventilator Associated Pneumonias												
14 [75-77, 79, 80, 82-87, 89-91]	randomised trials	serious ¹	not serious	serious ³	not serious	none	29/488 (5.9%)	138/486 (28.4%)	RR 0.22 (0.15 to 0.32)	221 fewer per 1000 (from 193 fewer to 241 fewer)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL

MD – mean difference, RR – relative risk, NIV – noninvasive ventilation, CI – Confidence interval

1. Despite a lack of blinding this was not judged to be as important for objective outcome of mortality.
2. Protocols for initiation of NIV varied including when to extubate.
3. Lack of blinding of the intervention affected overall ROB.
4. Wearing failure was heterogeneously defined across studies. Protocols for initiation of NIV also varied.
5. Different definitions of VAP employed. Also varying NIV protocols.



Anmerkung FBMed: Auf Wunsch der AG AKI wird hier die Leitlinie ‚Neurogene Dysphagie‘ kurz dargestellt. Diese Leitlinie ist eine S1 Leitlinie (Handlungsempfehlung von Experten) und fand daher (zugrundeliegende Qualität und Methodik) keine Berücksichtigung in der vorliegenden STN zum Weaning.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), (2020)
Neurogene Dysphagie
S1-Leitlinie | AWMF-Registernummer **030-111**

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Fragestellung: k. A.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- S1 Leitlinie: Die Leitlinie wurde zunächst von den beiden Leitlinienkoordinatoren nach mündlicher Absprache und informeller Konsensfindung der an der Leitlinienerstellung Beteiligten formuliert. Die anschließende Konsensbildung stützte sich auf eine E-Mail-basierte Kommunikation innerhalb der gesamten Leitliniengruppe. Die Empfehlungen wurden, basierend auf der zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Evidenz, im Konsens graduiert von „kann“ als niedrigste über „sollte“ bis „soll“ als höchste Empfehlungsstärke.
- Vollständig überarbeitet: Februar 2020 Gültig bis: Dezember 2023
- Interessenkonflikte wurden aufgeführt. Es erfolgte keine finanzielle Unterstützung bei der Leitlinienentwicklung.
- Nicht systematische Recherche für den Zeitraum von 01.01.1990 bis 30.06.2020

Empfehlungen

Empfehlung 23: Bei tracheotomierten Patienten mit dem Therapieziel der Dekanülierung sollten regelmäßig die Schluckfunktion, das oropharyngeale Sekretmanagement, die Vigilanz und Kooperationsfähigkeit, die Atemfunktion und die Anatomie des Atemwegs, der willkürliche und unwillkürliche Hustenstoß sowie die Menge, die Beschaffenheit und das Clearing des Bronchialsekrets evaluiert werden.

Empfehlung 26: Im Rahmen der graduellen Entwöhnung von der Trachealkanüle sollte u.a. zur Verbesserung der pharyngo-laryngealen Sensibilität ein physiologischer Luftstrom durch die oberen Atemwege angestrebt werden. Sofern im klinischen Kontext möglich, sollte die Trachealkanüle daher intermittierend entblockt und entweder verschlossen oder mit einem Sprechventil versehen werden.

Empfehlung 27: Falls im klinischen Kontext erforderlich, sollte im Rahmen der graduellen Entwöhnung von der Trachealkanüle der Kanüleninnendurchmesser zur Verringerung des Atemwegswiderstands reduziert werden.

Empfehlung 28: Eine endgültige Dekanülierung kann in der Regel vorgenommen werden, wenn eine kontinuierliche Entblockungszeit von 24–48 h mit Verschlusskappe ohne Komplikationen toleriert wird.

Literaturangabe

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Neurogene Dysphagie [online]. AWMF-Registernummer 030-111. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 04.09.2020]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-111l_Neurogene-Dysphagie_2020-05.pdf

5. Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde

Stand 23.06.2021



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	5
§ 3	Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege	6
§ 4	Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte 10	
§ 5	Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.....	15
§ 6	Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege	17
§ 7	Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements.....	17
§ 8	Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege	20
§ 9	Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege	20
§ 10	Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege.....	23
	Anhang Behandlungsplan.....	25

§ 1 Grundlagen

(1) ¹Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, sofern sie die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1 erfüllen. ²Ein 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. ³Medizinische 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. ⁴Medizinische Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege darf zur Gewährleistung der Patientensicherheit nur durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden. **[GKV-SV, DKG, KBV, zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.] ⁵oder ⁶Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V. ⁶oder ⁷Die 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) ¹Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. ²Die Verordnung erfolgt durch besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 1 und 2 **[DKG, KBV, PatV: 1 bis 3]**. ³Die Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie erfolgt auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

(3) ¹Die oder der Versicherte hat nur dann einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, wenn und soweit sie oder er die außerklinische Intensivpflege nicht selbst durchführen kann. ²Bei 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). ³Die Versorgung durch An- und Zugehörige soll insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie den in Satz 2 genannten jungen Volljährigen ermöglicht und angemessen berücksichtigt werden. ⁴Dabei sind die Ressourcen im häuslichen Umfeld zu fördern und angemessen zu berücksichtigen.

(4) ¹Die 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.

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

KBV, DKG, GKV zusätzlich	
⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass	
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).

(5) ¹Außerklinische Intensivpflege kann **[PatV: kann soll]** für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden. ²Auch für die Zeit des Aufenthaltes 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. ³Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen. § 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.

(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.

DKG zusätzlich	
(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.

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege

(1) ¹Die 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. ²Sie dient im Rahmen des Leistungsumfangs der GKV auch der Verbesserung der Lebensqualität.

(2) ¹Die 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.

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
(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.	(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 nicht-invasive Beatmung. ² Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.

^{2 oder 3} 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. ^{4 oder 5} 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.

(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.

(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.

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

(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>

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: .]**

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.

GKV-SV, KBV	PatV
<p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>(3) ¹Zeigt 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>

(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)

¹Voraussetzung 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

PatV zusätzlich
oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

²Im 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)

¹Vor 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. ²Dies umfasst auch die Prüfung **[GKV-SV, KBV, PatV: des Potenzials für eine] [DKG: der Möglichkeit einer] Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung.** ³Die Erhebung dient zudem dazu, Möglichkeiten der Therapieoptimierung zu prüfen und ggf. umzusetzen. ⁴Die Erhebung nach Satz 1 darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein. **[GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich:** ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.] ^{5 oder 6}Insbesondere wird die Therapieadhärenz beurteilt und bei festgestelltem Potenzial die Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungsstrategie festgelegt und ggf. angepasst. ^{6 oder 7}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. ^{7 oder 8}Die Erhebung nach Satz 1 kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. ^{8 oder 9}Mindestens einmal jährlich muss diese jedoch unmittelbar persönlich erfolgen. ^{9 oder 10}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.

PatV zusätzlich
<p>¹⁰Insbesondere 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.</p> <p>¹¹Die 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>

(6) bzw. (7)

¹Im 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]:**

0. **[PatV zusätzlich: Beatmungsindikation]**
1. Erhebung folgender Kriterien:
 - a) Atemmechanik (z.B. Hustenstoß, Sekretion),
 - b) Hämodynamischer Status (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz) sowie
 - c) **[DKG: Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)]**
[KBV, GKV-SV, PatV: Sedierungs- und Schmerzstatus];

2. Beurteilung der NIV-Fähigkeit;
3. Feststellung der Gasaustauschparameter (z.B. pO₂, pH, pCO₂, sO₂) mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxy-metrie und CO₂-Messung);
4. Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz und FiO₂- oder O₂-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);

KBV, GKV-SV, PatV	DKG
6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;	6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;

7. **[KBV, GKV-SV, PatV: Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten];**
8. **[KBV, GKV-SV, PatV: Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens [KBV, GKV-SV zusätzlich: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)];**
9. **[KBV, GKV-SV, PatV: Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität [PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren] [GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren];**
10. **[KBV, GKV-SV, PatV: Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde].**

DKG, KBV, PatV zusätzlich
(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).

(8) bzw. (9)

¹Im 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]:**

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 Aspirationscreening 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
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

- (1) ¹Außerklinische 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. ²Besonders 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"> a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.

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

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <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

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
	<p>verfügen. ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>

DKG, KBV, PatV zusätzlich
<p>(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, 6. für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.

(2) bzw. (3)

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

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

(3) bzw. (4)

¹Die 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>

DKG, KBV, PatV zusätzlich
<p>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>

PatV, GKV-SV zusätzlich	KBV
<p>(4) bzw. (5) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Qualifikationen nach § 4 verfügen und veröffentlicht sie barri-</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]</p>

<p>erefrei 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>werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>
--	--

(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.

§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

(1) ¹Die außerklinische Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. ²Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Verordnung außerklinische Intensivpflege). ³[GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.] ^{3oder} ⁴Die 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.

(2) ¹Um 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. ²Bei 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.

³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt zum Erreichen der Therapieziele bei.

(3) ¹Versorgungsrelevante 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. ²Rückwirkende 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) ¹Bestandteil 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. 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)]. ^{2 oder 3}Der Behandlungsplan ist der Krankenkasse vorzulegen. ^{3 oder 4}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.

§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

(1) ¹Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. ²Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten.

(2) ¹Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden.

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.

DKG, GKV-SV, KBV	PatV
² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	<i>[streichen]</i>

³Unabhängig 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.

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

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

(3) ¹Bei 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.

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.

(4) ¹Sobald 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.

DKG, GKV-SV, KBV	PatV
[GKV-SV, KBV zusätzlich: 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch. ^{3 oder 4}	
GKV-SV, KBV	DKG
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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.	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. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungser-
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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	

	bringer nach 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar.	
<p>^{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. [DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.]</p>		

(5) 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. 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.

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
<p>²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.</p>	<p>²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.</p>

³Hält das Krankenhaus Anpassungen an der bestehenden Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach der Krankenhauserntlassung in einem erheblichen Umfang für erforderlich, wird eine Verordnung durch das Krankenhaus ausgestellt. ⁴Ein solch erheblicher Umfang liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Beatmungspflichtigkeit neu hinzugekommen oder

entfallen ist oder Anpassungen hinsichtlich des Leistungsumfanges erforderlich sind [DKG zusätzlich: ,die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen].⁵Andernfalls 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) ¹§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. ²Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

§ 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) ¹Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. ²Werden 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) ¹Die 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. ²Das 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.

§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege

(1) ¹Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege ist die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege. ²Zur 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,
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 (bspw. Herz-Kreislauf-Monitoring),
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.

(2) ¹Die 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:** ²Umfasst 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.] ^{2 oder 3} Während des Versorgungszeitraumes der außerklinischen Intensivpflege sind diese Leistungen durch die geeignete Pflegefachkraft gemäß Absatz 6 zu erbringen. ^{3 oder 4} Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können in diesen Fällen nicht separat verordnet werden.

(3) ¹Wird 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. ²Sofern 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.

(4) Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht verordnet und von nichtärztlichen Leistungserbringern nicht erbracht werden.

(5) ¹Um 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.²Dabei ist insbesondere eine stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur notwendig.³Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

GKV-SV, KBV, DKG	PatV
<p>(6) ¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege.²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden.³Im 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) ¹Im 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.²Der 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.³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>

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

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

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].

(1) bzw. (2)

¹Die 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. ²Dazu 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. ³Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung **[KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu] [GKV-SV: sind verpflichtend]**. ⁴Bereits 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.

(3) bzw. (4)

¹Der Leistungserbringer nach § 132I 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. ²Der 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 o-

der den verordnenden Vertragsarzt definierten Grenzwerten der Vitalzeichen zu informieren.³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

(4) bzw. (5)

¹Insbesondere 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
² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	² 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.

KBV, DKG (5), GKV-SV (6)	PatV (5)
¹ 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse 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.

KBV, PatV	DKG, GKV-SV
(7) ¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	(7) oder (8) ¹ 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. ²Die verordnende Vertragsärztin bzw. der verordnende Vertragsarzt vermerkt bei Bedarf Anordnungen in der Pflegedokumentation.

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 § 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

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

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

6. Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

Stand 23.06.2021



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Tragende Gründe

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

Vom TT. Monat 2021

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Einleitung	2
2.2	Übergangsphase	3
2.3	Zu § 1: Grundlagen	6
2.4	Zu § 2: Ziele der außerklinischen Intensivpflege	14
2.5	Zu § 3: Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege	17
2.6	Zu § 4: Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte von außerklinischer Intensivpflege	28
2.7	Zu § 5: Verordnung von außerklinischer Intensivpflege	35
2.8	Zu § 6: Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege	38
2.9	Zu § 7: Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements	40
2.10	Zu § 8: Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege	47
2.11	Zu § 9: Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der Verordnung	49
2.12	Zu § 10: Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege	52
2.13	Anhang Behandlungsplan	58
3.	Würdigung der Stellungnahmen	59
4.	Bürokratiekostenermittlung	59
5.	Verfahrensablauf	59
6.	Fazit	60

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, welches mit Ausnahme von Artikel 2 am 29. Oktober 2020 in Kraft getreten ist (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 48), wurde ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege in das 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 neuauftritt 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 Versorgungskoordination,
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 trachealkanüliert sind und
4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

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- bzw. Dekanülierungspotenziale bei beatmeten bzw. trachealkanüliert Versicherten noch besser auszuschöpfen, Fehlanreize in der außerklinischen Intensivpflege zu beseitigen und bestehende Qualitäts- und Versorgungsmängel zu beheben, wurde die außerklinische Intensivpflege mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege – und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 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 **[GKV-SV zuzusätzlich: um die vorgenannten heutigen Defizite in der Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege zu beheben und die Versorgung insgesamt zu verbessern]**. Die Regelungen zum neu ausgestalteten Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege umfassen daher, 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 potenzialerhebenden Ärztinnen oder Ärzten,
- Regelungen zur engen Vernetzung und Absprache aller an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden, Gesundheitsfachberufe, wie z.B. 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.

2.2 Übergangsphase

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 30.10.2023 bestehen bleibt.

KBV	DKG	GKV-SV, PatV
	Grundsätzlich werden die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser RL nur durch Leistungserbringer erbracht, die hierfür Verträge mit den Krankenkassen nach § 132I Absatz 5 SGB V abgeschlossen haben. Den Verträgen sind die	Insbesondere bei neuen Versorgungsfällen im Rahmen der Erstverordnung ist die Wahrscheinlichkeit grundsätzlich am höchsten, beatmete und/oder trachealkanülierte Versicherte von der Beatmung zu entwöhnen bzw. zu dekanülieren. Daher muss die AKI-Richtlinie mit ihren

KBV	DKG	GKV-SV, PatV
	<p>Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V zugrunde zu legen.</p> <p>Daneben ist der Regelung des § 132I Absatz 5 Satz 5 SGB V Rechnung zu tragen, wonach die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V durch Leistungserbringer mit Verträgen gemäß § 132a Absatz 4 SGB V so lange erbracht werden kann, bis sie durch Verträge nach § 132I Absatz 5 SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p> <p>Dies dient der Sicherstellung der Versorgung in der Übergangszeit. Hierzu ist es notwendig, dass für eine begrenzte Zeit auch die bisher nach der HKP-Richtlinie berechtigten Leistungserbringer mit Verträgen nach §132a Absatz 4 SGB V die Leistungen nach § 37c SGB V erbringen können. Entsprechende Verträge nach § 132I Absatz 5 SGB V können nämlich erst nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V abgeschlossen werden. Zu welchem Zeitpunkt und an welchem Ort genau Leistungserbringer mit Verträgen nach 132I Absatz 5 SGB V zur Verfügung stehen ist damit unklar. Auch während dieser Zeit muss die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege möglich sein. Mit den getroffenen Regelungen wird sichergestellt, dass bei</p>	<p>strukturierten Vorgaben zur Erhebung von Potenzialen auf Entwöhnung oder Dekanülierung schnellstmöglich Anwendung finden, um die in der Öffentlichkeit immer wieder diskutierten aktuellen Missstände und Fehlanreize in der Versorgung beatmeter und/oder trachealkanülierter Versicherter zu beheben. Folglich gilt diese Richtlinie spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten [PatV: spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten ab dem 01.01.2023] für alle Erstverordnungen. Erstverordnungen für Leistungen der außerklinischen Intensivpflege können dann auf der Grundlage der HKP-Richtlinie nicht mehr ausgestellt und genehmigt werden. Der Zeitraum von 6 Monaten [PatV: Zeitraum von 6 Monaten – Zeitpunkt] wurde gewählt, um allen Beteiligten organisatorische Vorbereitungen zu ermöglichen. Leistungen der außerklinischen Intensivpflege, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der AKI-Richtlinie als häusliche Krankenpflege erbracht werden, können bis spätestens zum 30.10.2023 nach den Regelungen der HKP-RL erfolgen. Jedoch soll auch in diesen Fallkonstellationen eine zeitnahe Umstellung auf die AKI-Richtlinie geprüft werden, damit auch für diese Versicherten der Anspruch nach dieser Richtlinie realisiert werden kann und die Verbesserungen in der Versorgung</p>

KBV	DKG	GKV-SV, PatV
	Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach dieser Richtlinie Leistungserbringer für die verordneten Leistungen zur Verfügung stehen.	schnellstmöglich den betroffenen Versicherten zugutekommen.
<p>Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verordnen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bei besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, bei denen eine ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, ab dem 01.01.2023 ausschließlich nach den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung außerklinischer Intensivpflege.</p> <p>Der Übergangszeitraum bis zum 01.01.2023 ist erforderlich, um die nachgelagerten Prozesse, wie beispielsweise die Einführung eines Verordnungsformulars und die Definition der ärztlichen Leistungen, umsetzen zu können. Vor dem 01.01.2023 nach den Regelungen der HKP-RL ausgestellte Verordnungen verlieren ab dem 31.10.2023 ihre Gültigkeit.</p>	<p>Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege können ab dem 01.01.2023 ausschließlich gemäß den Regelungen dieser Richtlinie ausgestellt werden. Dieser Zeitpunkt wurde als frühestmöglicher Zeitpunkt gewählt, bis zu dem alle Voraussetzungen wie beispielsweise Einführung eines Verordnungsformulars und die Definition der ärztlichen Leistungen für eine Ausstellung einer Verordnung erfüllt sind. Vor dem 01.01.2023 ausgestellte Verordnungen der häuslichen Krankenpflege verlieren zum Ende des 30.10.2023 ihre Gültigkeit.</p>	<p>Ab dem 31.10.2023 können Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege ausschließlich auf der Grundlage von § 37c SGB V verordnet und ausgeführt werden. [GKV-SV zusätzlich: Damit eine nahtlose Weiterversorgung gewährleistet wird, sind bei laufenden Versorgungsfällen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bereits vor dem 31.10.2023 entsprechende Verordnungen gemäß § 37c SGB V auszustellen.]</p>

2.3 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 AKI-Richtlinie konkretisiert.

Zu Absatz 1 Satz 1

PatV
<p>In § 1 Absatz 1 werden grundlegende Aussagen zum anspruchsberechtigten Personenkreis sowie zum Begriff der medizinischen Behandlungspflege getroffen. Die anspruchsberechtigten Versicherten zeichnen sich durch einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aus. Da es sich um eine heterogene Patientengruppe handelt, sind sowohl die Bedarfe als auch die Therapieziele sehr differenziert zu betrachten. Allen Patientengruppen ist gemein, dass bei Ihnen täglich mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische oder ärztliche Interventionen bei lebensbedrohlichen Situationen erforderlich sein können und nur der genaue Zeitpunkt und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Gleichzeitig sind die Versicherten nicht in der Lage, entsprechend erforderliche Therapiemaßnahmen der außerklinischen Intensivpflege selbstständig durchzuführen</p> <p>Diese Versicherten lassen sich grob in folgende drei Untergruppen nach deren Grunderkrankungen unterteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die größte Gruppe bilden Patientinnen und Patienten mit akut lebensbedrohlichen Erkrankungen jedweder Genese, bei denen die Störung der Vitalfunktionen und die Einschränkung der Autonomie vor allem durch eine langwierige intensivmedizinische Behandlung bedingt sind. Hier besteht unter entsprechenden therapeutischen Maßnahmen mittel- bis langfristig Aussicht auf Besserung. Hierzu zählen zumeist trachealkanülierte Patientinnen und Patienten mit oder ohne invasive Beatmung, die aufgrund erheblicher Muskelschwäche und Schluckstörung nicht dekanüliert werden können. Betroffen sind überwiegend ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten insbesondere mit internistischen Erkrankungen wie z.B. Lungen- und Herzerkrankungen, Diabetes mellitus oder Adipositas. <p>Da bei dieser Patientengruppe Besserungen auftreten können, ist hier eine regelmäßige Überprüfung des Potenzials zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung indiziert. Zudem müssen regelmäßig die Therapiemaßnahmen überprüft werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Eine kleine Gruppe bilden Patientinnen und Patienten mit angeborenen Erkrankungen oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen, die ohne Aussicht auf nachhaltige Besserung der gestörten Vitalfunktionen sind, wie z.B. bei genetisch bedingten Muskelerkrankungen oder Stoffwechseldefekten. Zudem sind Patientinnen und Patienten mit erworbenen neurodegenerativen bzw. neuromuskulären Erkrankungen wie z.B. Amyotrophe Lateralsklerose betroffen. 3. Eine weitere kleine Gruppe bilden Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Folgen einer akuten Erkrankung oder eines akuten Ereignisses trotz intensivmedizinischer Behandlung keine Aussichten mehr auf nachhaltige Besserung der gestörten Vitalfunktionen haben, wie z.B. bei ausgedehnten Schlaganfällen oder einem hohen Querschnitt.

Neben der Sicherung des Überlebens dient die medizinische Behandlung bei Patientengruppen 2 und 3 auch einer Verbesserung der Lebensqualität. Im Falle einer außerklinischen Beatmung ist bei diesen Patientinnen und Patienten die regelmäßige Prüfung des Weaning-Potenzials nicht angezeigt. Eine Vorstellung z.B. im spezialisierten Beatmungszentrum dient hier der Therapieoptimierung und damit der Besserung der Lebensqualität.

Zu Absatz 1 Satz 2

PatV, GKV-SV

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.

Zu Absatz 1 Satz 3

PatV	GKV-SV, KBV, DKG
<p>In § 1 Absatz 1 Satz 3 wird der Begriff der medizinischen Behandlungspflege definiert. Dies dient der Klarstellung, weil § 37c SGB V den Begriff der <i>medizinischen Behandlungspflege</i> verwendet, während § 37 SGB V, aus dem der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in eine eigenständige Leistung überführt wurde, dieselbe Leistung als <i>Behandlungspflege</i> bezeichnet. Um deutlich zu machen, dass mit beiden Begriffen inhaltlich dasselbe gemeint ist, wird die Definition der Behandlungspflege aus § 2 Absatz 1 HKP-Richtlinie gleichlautend für die Definition der medizinischen Behandlungspflege in § 1 Absatz 1 Satz 2 übernommen. Beide Begriffe sind somit synonym zu verwenden. Entsprechend des Gesetzeswortlauts von § 37c wird in der AKI-Richtlinie der Begriff <i>medizinische Behandlungspflege</i> verwendet. Erfasst von der aus § 2 Absatz 1 HKP-Richtlinie übernommenen Definition von <i>Behandlungspflege</i> sind damit sowohl Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die nur von Pflegefachkräften erbracht werden können als auch solche einfachsten medizinischen Maßnahmen, wie z.B. Medikamentengabe nach ärztlicher Anweisung, An- und Ablegen von einfach handhabbaren stützenden Verbänden,</p>	<p>Entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung handelt es sich bei Leistungen der medizinischen Behandlungspflege um Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden können. Es wird darauf hingewiesen, dass die Begriffe „medizinische Behandlungspflege“ und „Behandlungspflege“ synonym verwendet werden. In dieser Richtlinie wird der in § 37c SGB V stehende Begriff der „medizinischen Behandlungspflege“ verwendet.</p>

PatV	GKV-SV, KBV, DKG
<p>Messung von Blutdruck und Blutzucker, An- und Ausziehen von Thrombosestrümpfen, pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind etc., die auch durch Pflegekräfte erbringbar sind. Satz 4 stellt klar, dass zur Gewährleistung der Patientensicherheit medizinische Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege nur durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden kann. Während des Versorgungszeitraumes der außerklinischen Intensivpflege sind daher sämtliche in diesem Zeitraum erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege, also auch solche einfachsten medizinischen Maßnahmen, die nach der HKP-Richtlinie von Pflegekräften erbringbar wären, durch geeignete Pflegefachkräfte zu erbringen.</p>	

Zu Absatz 1 Satz 4 bis Satz 5/6

Zur Gewährleistung der Patientensicherheit darf die Versorgung von Versicherten durch Leistungserbringer nach § 132I SGB V nur durch geeignete Pflegefachkräfte erfolgen.

PatV, DKG	GKV-SV, KBV
<p>Die näheren Anforderungen an die geeignete Pflegefachkraft werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V getroffen und sind nicht Gegenstand der AKI-Richtlinie. Entsprechend des Gesetzeswortlauts von § 37c wird in der AKI-Richtlinie der Begriff geeignete Pflegefachkraft verwendet.</p>	<p>Dies setzt neben der 3-jährigen pflegerischen Ausbildung auch einschlägige Zusatzqualifikationen voraus, wie sie in der aktuellen Fassung der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V geregelt und von Leitlinien empfohlen werden. Diese Klarstellung ist erforderlich, da in der Richtlinie mehrmals die Begrifflichkeit „geeignete Pflegefachkraft“ genannt wird.</p> <p>Die näheren Anforderungen an die geeignete Pflegefachkraft werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V getroffen.</p>

Zu Absatz 1 Satz 6/7

Entsprechend der Gesetzesbegründung zu § 37c Absatz 4 SGB V stellt Absatz 1 Satz 7 mit Verweis auf § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V 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, §§ 2 Absatz 2 Satz 2, 11 Absatz 1 Nr. 5 SGB V i. V. m. § 29 SGB IX. 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).

Zu Absatz 2

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
<p>Die Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege hat auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu erfolgen. Dies entspricht dem Qualitätsgebot nach § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V. Aufgrund der ständigen Bedrohung der Vitalfunktionen und dem technikintensiven Unterstützungsbedarf beatmeter oder trachealkanülierter Versicherter ergeben sich hohe Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen. Aus diesem Grund ist die Einhaltung aktueller spezifischer Standards und Leitlinien in der Versorgung zwingend erforderlich (z.B. der S2k-Leitlinie „Nicht-invasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ oder Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)).</p>	<p>Leistungen der außerklinischen Intensivpflege unterliegen § 2 Absatz 1 SGB V und haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.</p>

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.

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 und angemessen berücksichtigt 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 § 132I SGB V sowie der Krankenkasse zu treffen.

PatV, KBV, DKG	GKV-SV
Um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem z.B. krankheitsbedingten Ausfall der pflegenden An- und Zugehörigen gewährleisten zu können, wird der Versorgungsauftrag des Leistungserbringers nach § 132I SGB V durch die Beteiligung von An- und Zugehörigen nur im Umfang der durch diese tatsächlich erbrachten Leistungen vermindert. Der Umfang der verordneten Leistung bleibt unberührt.	Die Anpassung des Versorgungsumfangs erfolgt nach ärztlicher Verordnung.

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 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 § 10 auf bereits in der Versorgung etablierte Kooperationsformen 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 erbracht werden kann, aufgezählt. **[PatV: Sonstige geeignete Orte i.S.v. § 37c Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit Absatz 4 Satz 4, an denen außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann, können neben betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten, Werkstätten für behinderte Menschen insbesondere Ausbildungs- und Arbeitsstätten sowie Tagesförderstätten sein].** 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.

PatV	GKV-SV, DKG, KBV
<p>Die Regelung von Voraussetzungen für einen sonstigen geeigneten Ort nach § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V ist von der Ermächtigungsnorm des § 37c Absatz 1 Satz 8 nicht umfasst. Der G-BA darf deshalb hierzu in der Richtlinie keine Regelungen treffen. außerklinische Intensivpflege wird in der Regel 24 Stunden am Tag erbracht und wirkt sich deshalb rund um die Uhr auf das Leben der betroffenen Versicherten aus. Um selbstbestimmte Lebensführung und Mobilität zu ermöglichen, können deshalb im Gegensatz zur HKP-Richtlinie auch Orte, an denen sich die Versicherten nur gelegentlich aufhalten, sonstige geeignete Orte i.S.v. § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V sein.</p>	<p>Die Regelungen nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 3 stellen klar, dass die Leistungserbringung auch während des Aufenthaltes an einem sonstigen geeigneten Ort notwendig sein muss und konkretisieren die Merkmale eines sonstigen geeigneten Ortes nach § 37c Absatz 2 Nummer 4 SGB V anhand des regelmäßigen und wiederkehrenden Aufenthaltes sowie der Benennung struktureller Voraussetzungen. Letztere dienen der Qualitätssicherung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am jeweiligen Leistungs-ort. Diese Kriterien schaffen für alle Beteiligten Klarheit zu den sonstigen geeigneten Orten. Sie wurden aus der der HKP-Richtlinie übernommen (vgl. § 1 Absatz 2 Satz 2 HKP-RL). Im Vergleich zur Fassung der HKP-Richtlinie wurde auf den Zusatz „Beleuchtung“ verzichtet und der Oberbegriff „sach- und fachgerechte Infrastruktur“ gewählt. Dazu gehört beispielsweise auch eine stabile Stromversorgung zur Betreibung der erforderlichen technischen Ausstattung.</p>

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

PatV	DKG	GKV-SV, KBV
<p>§ 1 Absatz 5 bestimmt, dass außerklinische Intensivpflege in der Regel für den Zeitraum einer Krankenhausbehandlung und für die Zeit des Aufenthaltes in anderen Einrichtungen nicht verordnet werden soll. In diesen Fällen ist die Zuständigkeit für die pflegerische</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</p>	<p>Nach § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrages alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Folglich können</p>

<p>Versorgung regelmäßig den Krankenhäusern bzw. anderen Einrichtungen zugewiesen. Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass das Pflegepersonal in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen zum Teil wenig auf den Umgang mit Versicherten mit chronischem Intensivpflegebedarf eingestellt ist. Auch fehlt es oft an den zeitlichen Kapazitäten für die sach- und fachgerechte Versorgung dieses pflegeintensiven Personenkreises mit seinen sehr speziellen und hohen Bedarfen. 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.</p>	<p>Grundlage für die Verordnung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege darstellt. Sie wurde daher entsprechend übernommen.</p>	<p>neben der Krankenhausbehandlung keine ambulanten Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Nach § 39 Absatz 1 Satz 4 SGB V handelt es sich bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld um eine Krankenhausbehandlung, die eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams beinhaltet. Nach § 39 Absatz 1 Satz 5 SGB V entspricht die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld hinsichtlich Inhalt sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus. Gemäß § 39 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 115d SGB V sind alle medizinisch notwendigen Leistungen im Rahmen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld durch das behandelnde Krankenhaus zu erbringen.</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.</p>
--	---	---

		<p>Die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43 Absatz 2 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>
--	--	---

Zu Absatz 6

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

<p>DKG</p>
<p>Zu Absatz 7</p> <p>Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem 01.01.2023 verordnet. Dieser Zeitpunkt wurde als frühestmöglicher Zeitpunkt gewählt, bis zu dem alle Voraussetzungen wie beispielsweise Einführung eines Verordnungsformulars und die Definition der ärztlichen Leistungen für eine Ausstellung einer Verordnung erfüllt sind.</p> <p>Mit dieser klarstellenden Regelung soll insbesondere Transparenz für die Beteiligten vor Ort geschaffen werden. Dies erscheint gerade vor dem Hintergrund notwendig, weil diese Richtlinie schon davor in Kraft getreten sein wird.</p> <p>Zu Absatz 8</p> <p>Grundsätzlich werden die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie nur durch Leistungserbringer erbracht, die hierfür Verträge mit den Krankenkassen nach § 132I Absatz 5 abgeschlossen haben. Den Verträgen sind die Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 zugrunde zu legen.</p> <p>Daneben ist der Regelung des § 132I Absatz 5 Satz 5 SGB V Rechnung zu tragen, wonach die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V durch Leistungserbringer mit Verträgen gemäß § 132a Absatz 4 SGB V so lange erbracht werden kann, bis sie durch Verträge nach § 132I Absatz 5 SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p> <p>Dies dient der Sicherstellung der Versorgung in der Übergangszeit. Hierzu ist es notwendig, dass für eine begrenzte Zeit auch die bisher nach der HKP-Richtlinie berechtigten Leistungserbringer mit Verträgen nach § 132 Absatz 4 SGB V die Leistungen nach § 37c SGB V erbringen können. Entsprechende Verträge nach § 132I Absatz 5 SGB V können nämlich erst nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V abgeschlossen</p>

werden. Zu welchem Zeitpunkt und an welchem Ort genau Leistungserbringer mit Verträgen nach 132I Absatz 5 SGB V zur Verfügung stehen ist damit unklar. Auch während dieser Zeit muss die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege möglich sein. Mit der getroffenen Regelung wird sichergestellt, dass bei Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach dieser Richtlinie Leistungserbringer für die verordneten Leistungen zur Verfügung stehen.

2.4 Zu § 2: Ziele der außerklinischen Intensivpflege

Zu § 2 allgemein

Die außerklinische Intensivpflege richtet sich an schwer Erkrankte im Sinne der Voraussetzungen nach § 3 Absatz 1 der Richtlinie. In § 2 der Richtlinie werden in gestufter Abfolge die Ziele der außerklinischen Intensivpflege definiert. **[GKV-SV zusätzlich:** Eine wesentliche Aufgabe der außerklinischen Intensivpflege ist dabei die Sicherstellung von Vitalfunktionen und Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen. Eine individuelle und auf die speziellen Therapieziele der oder dem Versicherten abgestimmte Behandlung kann dabei auch ein Anbahnen der Befähigung zur Dekanülierung oder Entwöhnung von einer Beatmung (Ausschöpfung von Potenzialen) sowie die Therapieoptimierung darstellen.]

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 ein wesentliches Ziel der Versorgung. Im Rahmen des Leistungsumfangs der GKV zielt die außerklinische Intensivpflege vor allem auf die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Zu Absatz 2

Eine wesentliche Aufgabe der außerklinischen Intensivpflege ist die Sicherstellung von Vitalfunktionen und Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen.

GKV-SV, PatV	DKG
Eine individuelle und auf die speziellen Therapieziele der oder dem Versicherten abgestimmte Behandlung kann dabei auch ein Anbahnen der Befähigung zur Dekanülierung oder Entwöhnung von einer Beatmung (Ausschöpfung von Potenzialen) sowie die Therapieoptimierung darstellen.	Zu den Therapiezielen zählt weiterhin die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, 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 § 5 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 **[GKV-SV: gemäß Anhang der Richtlinie]** werden die Maßnahmen zur Erreichung der Therapieziele operationalisiert.

Zu Absatz 3

DKG zusätzlich:

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

GKV-SV, KBV zusätzlich:

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 beatmeter oder trachealkanülierter Versicherter.

Wird für eine oder einen beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten 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 wären als nächste Schritte 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 den nächsten Schritt bereits die Zuführung zu einer stationären Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung darstellt, dieses Potenzial aber sehr wohl perspektivisch noch möglich scheint.

DKG zusätzlich:

Diesen Versicherten kann damit außerklinische Intensivpflege verordnet werden, wobei die Therapieziele und damit verbundenen Maßnahmen dann insbesondere auf den Versuch ausgerichtet sind, das Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung im Rahmen der weiteren Behandlung mit Unterstützung der außerklinischen Intensivpflege noch zu erreichen. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA diese Therapieziele und Maßnahmen an dieser Stelle angeführt, um deren Bedeutung hervorzuheben.

Diese etwas nüchterne und formal erscheinende Charakterisierung des Potenzialbegriffes mag aus rein medizinischer Sicht ohne Zweifel auf den ersten Blick etwas ungewöhnlich erscheinen. Sie ist jedoch aufgrund der sozial- und leistungsrechtlichen Belegung des Begriffes „Potenzial“ hier unbedingt geboten. Dies wird mehr als deutlich, wenn man neben den Regelungen des § 37c SGB V auch die Regelungen der §§ 39 Absatz 1 Satz 6, § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V sowie der §§ 5 Absatz 3f und § 9 Absatz 1a Nummer 8 des Krankenhausentgeltgesetzes in die Betrachtung einbezieht.

Durch die weitere spezifische Behandlung der bestehenden Grunderkrankungen, insbesondere unter Nutzung heilmitteltherapeutischer Maßnahmen, **[DKG zusätzlich: wie Physio- und**

Ergotherapie sowie Logopädie,] und ergänzender behandlungspflegerischer Maßnahmen kann eine weitere Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes im Verlauf erreicht werden [DKG zusätzlich: und damit die Grundlagen einer erfolgreichen Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung geschaffen werden.]

GKV-SV, KBV, PatV zusätzlich:

Daher ist eine Zielsetzung der außerklinischen Intensivpflege auch die optimale und individuelle Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung unter Nutzung interdisziplinärer Ressourcen. Dies ist Aufgabe der verordnenden sowie potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte, der pflegerischen Leistungserbringer nach § 132I SGB V sowie weiterer Leistungserbringer wie Heilmitteltherapeuten.

zu Satz [2 bzw. 3] KBV, GKV-SV

Festgestellte perspektivische Potenziale gilt es, im Behandlungsverlauf zu stabilisieren und zu heben. Die sich aus diesem Ziel ergebenden Maßnahmen der Vorbereitung auf den Weaning-Prozess richten sich an alle an der außerklinischen Intensivpflege Beteiligten. Sie gehen über rein pflegerische Maßnahmen hinaus und zielen darauf ab, die oder den Versicherten darin zu unterstützen, die physikalischen Funktionen soweit wiederherzustellen, dass ein Weaning erfolgreich durchgeführt werden kann. Maßnahmen mit dem Ziel der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder der Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können zum Beispiel begleitende Therapien wie die Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie sein. Diese setzen bereits in der Akutphase der Beatmung an und legen hier die Grundlagen einer erfolgreichen Entwöhnung.

Zu Absatz 4

Die Maßnahmen und Ziele der außerklinischen Intensivpflege sind auch auf die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinischen Intensivpflege erforderlich machen, und die sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes ausgerichtet. Daher ist in der Regelung nach Absatz 4 klargestellt, 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 machen. In der Regelung wird der besondere Schwerpunkt der Zielsetzung von außerklinischer Intensivpflege für diesen Personenkreis adressiert.

2.5 Zu § 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

Zu Absatz 1

DKG	GKV-SV, KBV	PatV
<p>Die Richtlinie regelt die Versorgung von beatmungspflichtigen und nicht beatmungspflichtigen Versicherten, bei denen 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. Diese Definition der Patientengruppe wurde aus den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege übernommen, wo sie jetzt schon eine offizielle Verwendung gefunden hat. Mit dieser Definition wurde die Patientengruppe beschrieben, die bereits gegenwärtig einen Anspruch auf entsprechende Leistungen gemäß der HKP-RL hat.</p> <p>Die Richtlinie adressiert insbesondere beatmete oder trachealkanülierte Versicherte. Die medizinischen</p>	<p>Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege benötigen, handelt es sich in der Regel um beatmete bzw. trachealkanülierte Versicherte aller Altersstufen mit einliegender Trachealkanüle, die aufgrund von bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen nicht in der Lage sind, die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen durchzuführen, die täglich zu unvorhersehbaren Zeiten erforderlich sind, um lebensbedrohliche Situationen zu verhindern.</p> <p>Die Definition der speziellen Krankenbeobachtung in Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie adressiert primär maschinell beatmete Versicherte, die zudem mit einer geblockten Trachealkanüle versorgt und absaugbedürftig sind (vgl. BSG-Urteil vom 28. Januar 1999, Az. B 3 KR 4/98 R, sog. Drachenflieger-Urteil). Bei diesen Versicherten kommt es nachvollziehbar täglich mehrfach zu konkreten und</p>	<p>§ 3 Absatz 1 legt die Voraussetzungen fest, die Versicherte erfüllen müssen, damit ihnen außerklinische Intensivpflege verordnet werden kann. Bislang waren diese Voraussetzungen in Nr. 24 „spezielle Krankenbeobachtung“ der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V geregelt. Die Regelung in § 3 Absatz 1 stellt sicher, dass Versicherte, die nach bisherigem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung hatten, nach der neuen Rechtslage außerklinische Intensivpflege beanspruchen können. Auch werden Rechtsanwendungsprobleme aus der Praxis, die bei der Auslegung der bisherigen Leistung nach Nr. 24 „spezielle Krankenbeobachtung“ immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten geführt haben, zum Anlass genommen, den leistungsberechtigten Personenkreis klarer und weniger streitanfällig zu bestimmen. Insbesondere</p>

<p>Ursachen für die Notwendigkeit einer Beatmung oder Trachealkanüle sind dabei weit gefächert. Ereignisse, die zu einer Intensivbehandlung geführt haben, eine längere Intensivbehandlung für sich genommen sowie gegebenenfalls relevante Vor- und Grunderkrankungen können in individuell unterschiedlicher Gewichtung die Notwendigkeit für eine Beatmung oder Trachealkanüle bedingen. Häufig spielen dabei Erkrankungen oder Schädigungen des Nervensystems oder der Lunge eine wichtige Rolle. Gleichwohl wird an dieser Stelle auf eine detaillierte namentliche Aufzählung möglicher Ursachen verzichtet, da diese kaum abschließend darstellbar ist. Im Wesentlichen gemein ist ihnen jedoch, dass sie durch eine relevante Schwächung oder Überlastung der Atempumpe eine Beatmung notwendig machen können oder bei nicht beatmeten Versicherten mit Störungen in der Schluckfunktion in einem Ausmaß verbunden sind, dass es einer Trachealkanüle bedarf. Daneben spielt nicht selten eine eingeschränkte Fähigkeit für ein ausreichendes Sekretmanagement eine wichtige Rolle.</p> <p>Die Richtlinie richtet sich aber nicht nur an beatmete oder trachealkanulierte Versicherte, sondern auch an Versicherte mit beispielsweise medikamentös nicht einstellbaren epileptischen Anfällen, mit schweren</p>	<p>potenziell lebensbedrohlichen Situationen.</p> <p>Daher hat bei dem anspruchsberechtigten Personenkreis gemäß der Gesetzesbegründung zum § 37c Absatz 1 SGB V keine Anspruchsausweitung zu erfolgen. In der Medizin gibt es eine Vielzahl von schweren Erkrankungsbildern und Versorgungsprobleme, bei denen eine intensive 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.</p> <p>Da mit der außerklinischen Intensivpflege ein beträchtlicher Ressourcenaufwand verbunden ist, ist eine genaue Definition der Voraussetzung „mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich“ erforderlich. Es muss bei allen Krankheitsbildern täglich eine konkrete lebensbedrohliche Störung mit der Notwendigkeit einer speziellen Intervention erforderlich sein.</p> <p>Lebensbedrohliche Situationen bzw. im Rahmen dieser Richtlinie lebensbedrohliche Störungen von Vitalfunktionen können bei Versicherten mit chronisch ventilatorischer Insuffizienz und Abhängigkeit vom Respirator regelmäßig vorliegen.</p>	<p>hat das Kriterium der „täglich“ mit „hoher Wahrscheinlichkeit“ erforderlichen pflegerischen/ärztlichen Intervention in der Vergangenheit in den Fällen zu rechtlichen Auseinandersetzungen geführt, in denen nicht jeden Tag eine entsprechende Intervention real erforderlich war (siehe z.B. SG München, Beschluss vom 23.04.2020, Az. S 15 KR 393/20 ER). Um klarzustellen, dass es – wie auch nach der bisherigen Rechtslage – ausreichend ist, dass Anlässe für derartige Interventionen lediglich mit hinreichend großer Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können, wurde die Definition des Personenkreises entsprechend angepasst.</p>
---	---	---

<p>genetischen Defekten oder gravierenden Herzfehlern, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben und die auf ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft angewiesen sind. Hierbei handelt es sich um Versicherte, die kontinuierlich der Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen bedürfen.</p>	<p>Darüber hinaus sind Versicherte mit intermittierender Beatmung oder nicht-invasiver Beatmung, die aufgrund von muskuloskelettalen oder neurologischen Erkrankungen nicht in der Lage sind, die nicht-invasive Mund-Nasen-Maske selbst zu entfernen oder aufzusetzen, die unvorhersehbar Hilfe beim Husten oder eine unverzügliche Intervention bei einem Sättigungsabfall benötigen, betroffen. Auch nicht-beatmete Versicherte mit einer höhergradigen Husten-Insuffizienz und wiederholter Mukostase in den Atemwegen müssen regelmäßig und im Bedarfsfall unverzüglich „abgesaugt“ werden, um die lebensbedrohliche Situation zu vermeiden.</p>	
---	---	--

Versicherte, die außerklinische Intensivpflege benötigen, haben einen sehr hohen Versorgungsbedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege [.] [.]

GKV-SV, PatV, KBV		DKG				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="336 1256 558 1301">GKV-SV, KBV</th> <th data-bbox="558 1256 790 1301">PatV</th> </tr> </thead> <tr> <td data-bbox="336 1301 558 1552">Täglich können zu jedem Zeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit unvorhersehbar lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen</td> <td data-bbox="558 1301 790 1552">in der Regel rund um die Uhr. Zu jedem Zeitpunkt können mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich nicht planbare Situationen</td> </tr> </table>	GKV-SV, KBV	PatV	Täglich können zu jedem Zeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit unvorhersehbar lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen	in der Regel rund um die Uhr. Zu jedem Zeitpunkt können mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich nicht planbare Situationen		<p>rund um die Uhr. Bei diesen Versicherten können zu unvorhersehbaren Zeiten lebensbedrohliche Situationen auftreten, bei denen eine unverzügliche fachpflegerische Intervention erforderlich ist.</p>
GKV-SV, KBV	PatV					
Täglich können zu jedem Zeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit unvorhersehbar lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen	in der Regel rund um die Uhr. Zu jedem Zeitpunkt können mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich nicht planbare Situationen					
<p>auftreten, bei denen eine unverzügliche pflegefachliche Intervention erforderlich ist.</p>						

Daher ist die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft für den Zeitraum der notwendigen außerklinischen Intensivpflege zwingend erforderlich. Die hochgradigen Funktionsbeeinträchtigungen, die mit einer akuten vitalen Gefährdung bei nicht rechtzeitiger

pflegefachlicher Versorgung einhergehen, rechtfertigen den hohen Ressourcenaufwand mit permanenter Anwesenheitspflicht der Pflegefachkraft in 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 (z.B. 10 Stunden) eine geeignete Pflegefachkraft ständig anwesend sein muss [...]]

GKV-SV, KBV	PatV
weil lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen	weil lebensbedrohliche Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit
täglich während der verordneten außerklinischen Intensivpflege eintreten können und eine Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten erforderlich ist.	

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 ggf. 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.

Zu Absatz 3 (für KBV, GKV-SV, PatV)

GKV-SV, KBV	PatV
Gemäß den Zielsetzungen des IPRG sollen Potenziale auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besser als in der heutigen Versorgung von Versicherten im Rahmen der spezialisierten Krankenbeobachtung ausgeschöpft werden. Wenn entsprechende Potenziale unmittelbar vorhanden sind, müssen schnellstmöglich geeignete Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung eingeleitet werden. Daher können Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in diesen Fallkonstellationen grundsätzlich nicht weiter verordnet werden. Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt unverzüglich Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung ein, indem Versicherte in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte	Regelhaft leitet bei einem vorliegenden Entwöhnungspotenzial die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt in Abstimmung mit dem Versicherten eine Einweisung in eine spezialisierte Einrichtung ein. Ausnahmsweise kann außerklinische Intensivpflege auch bei vorliegendem Entwöhnungspotenzial verordnet werden, wenn die Einweisung in eine spezialisierte Einrichtung in begründeten Fällen z.B. wegen Kapazitätsengpässen oder aus psychosozialen Gründen, nicht möglich ist, oder die Entwöhnung in der spezialisierten Einrichtung nicht ausgeschöpft werden kann. Dadurch wird gewährleistet, dass auch nach Weaningversagen eine regelhafte Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

<p>stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung eingewiesen werden. Dies ist erforderlich, damit die bereits erreichten Ziele und Potenziale nicht gefährdet werden und die oder der Versicherte weitere Therapieoptionen bekommt. 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>möglich ist. Damit sollen für die oder den Versicherten belastende Wiedereinweisungen in spezialisierte Weaningeinrichtungen (Drehtüreffekte) verhindert werden.</p>
---	---

Zu Absatz 3 bzw. 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 entsprechen dem Therapieziel im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten ergänzen. Da es sich bei den Versicherten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege um Schwerstkranken handelt, kann die Einbindung palliativmedizinischer Expertise in der letzten Lebensphase, z.B. zur Kontrolle einer hohen Symptomlast, von besonderer Bedeutung sein. Die palliative Versorgung kann die Versorgung der schwerkranken Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege entsprechend dem Therapieziel im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten insofern sinnvoll ergänzen. Mit der Regelung wird die Vernetzung beider Leistungsbereiche gestärkt.

Zu Absatz 4 bzw. 5

PatV	DKG	GKV-SV, KBV
<p>Zu Satz 1 Entsprechend der Voraussetzungen für eine Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 3 Absatz 1 HKP-RL ist auch bei der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege Voraussetzung, dass sich der Verordner oder die Verordnerin vom Zustand der oder des Versicherten und der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer persönlichen Untersuchung überzeugt hat</p>	<p>Die Erkrankungsschwere bei diesen Versicherten macht es unumgänglich, dass sich die Ärztin oder der Arzt, die die Verordnung vornehmen, zuvor im Rahmen einer persönlichen Untersuchung vom Zustand der oder des Versicherten überzeugt hat. Davon zu unterscheiden ist die Erhebung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung. Dies kann gegebenenfalls auch durch</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. Zu den wesentlichen Neuerungen des IPReG gehört auch, dass regelmäßige zu</p>

<p>oder aber der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</p> <p>Die Möglichkeit der Verordnung bei bekanntem Zustand entspricht auch den allgemeinen Grundsätzen der vertragsärztlichen Versorgung und der persönlichen Leistungserbringung gem. § 15 Absatz 2 BMV-Ä. Eine Abweichung von diesem Grundsatz ist hier auch aufgrund der Regelungen des § 37c Absatz 1 SGB V und der Vorgabe, dass bei Versicherten, die beatmet werden oder trachealkanüliert sind, mit jeder Verordnung der außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung geprüft werden soll, nicht erforderlich. Zum einen wird dieses Assessment bei fehlender Qualifikation nach § 4 Absatz 3/4 nicht notwendigerweise von der Verordnerin oder vom Verordner selbst durchgeführt. Zum anderen kann es aber in den Fällen des Absatz 4 Sätze 7 bis 9, bei denen die Beatmung bzw. die Trachealkanüle dauerhaft indiziert oder eine Dekanülierung oder Entwöhnung zum Zeitpunkt der Erhebung nicht möglich oder absehbar ist und die Verhinderungskriterien bekannt und dokumentiert sind, auch verzichtbar sein, dass der verordnende Arzt oder die verordnende Ärztin den oder die Versicherten bei einer neuen Verordnung unbedingt persönlich sehen.</p>	<p>Hinzuziehung der dafür notwendigen ärztlichen Expertise auf telemedizinischem Wege erfolgen.</p>	<p>überprüfen ist, ob der Bedarf auf außerklinische Intensivpflege noch erforderlich ist. Diese Regelung soll vermeiden, dass eine Verordnung über einen längeren Zeitraum ohne eine ärztliche Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung erfolgt. Dadurch sollen Fehlanreize in der heutigen Versorgung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege, wie sie in der Begründung zum IPReG beschrieben werden, beseitigt werden.</p>
---	---	---

Zu Absatz 4 bzw. 5 Satz 2

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

Zu Absatz 5 bzw.6

GKV-SV, KBV, PatV	DKG
<p>Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in der jüngeren Vergangenheit stark zugenommen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in Deutschland wird eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen, die weiterhin einen intensiv-pflegerischen Versorgungsbedarf haben. Allerdings liegen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung vor. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und -patienten sowie Patientinnen und Patienten mit Trachealkanüle und die fehlende Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung sowie zur Dekanülierung (vgl. Ausführungen im Gesetzentwurf zum IPreG - Drucksache 19/19368). Daher sieht § 37c Absatz 1 SGB V i.V.m. der vorliegenden Richtlinie vor, dass vor jeder Verordnung bei Versicherten, die beatmet werden oder kanüliert sind, das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und zur Dekanülierung erhoben wird und entsprechende Maßnahmen einzuleiten sind.</p> <p>[PatV zusätzlich: Ausgenommen hiervon sind die in den Sätzen 10 und 11 beschriebenen Fallkonstellationen. Da in diesen Fällen die Beatmung bzw. die Trachealkanüle regelmäßig dauerhaft indiziert ist, ist es medizinisch nicht angezeigt, dass Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial, die Möglichkeit der Therapieoptimierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen vor jeder Verordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4] erneut zu erheben.]</p>	<p>Die Regelung unter Absatz [5 bzw.6] sieht in Umsetzung von 37c Absatz 1 SGB V vor, dass vor jeder Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bei Versicherten, die beatmet werden oder kanüliert sind, das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben sind. Mit dieser regelmäßigen und strukturierten Erhebung soll sichergestellt werden, dass solche Potenziale frühzeitig erkannt und weitere dann notwendige Behandlungsschritte, wie eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung im stationären Setting durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzten eingeleitet werden können. 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 erreichen. Unabhängig davon dienen diese Erhebungen außerdem dem Zweck, mögliche Therapieoptimierungen in der Folge anzustoßen und zu realisieren. Die Erhebung darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein. Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss diese regelmäßig, mindestens alle sechs Monate, durchgeführt werden. Die Erhebung kann ggf. auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden, wobei die Erhebung jedoch mindestens einmal jährlich unmittelbar persönlich erfolgen muss.</p>

[GKV-SV, KBV zusätzlich: Dies ist eine der wesentlichen Neuerungen der AKI-Richtlinie im Vergleich zur HKP-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.] Bestandteil der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen dieser Richtlinie sind daher nicht nur die vorgenannte Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durch nach § 4 qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Maßnahmen zur Vorbereitung des Weanings und der Dekanülierung. Das eigentliche Weaning oder die Dekanülierung erfolgt in der stationären Versorgung (z.B. in einem Weaningzentrum). Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und angelehnt an die Ausführungen der einschlägigen Leitlinien werden in § 2 die inhaltlichen Dimensionen der Therapieziele und in § 3 in den Absätzen 5 bis 7 die Dimensionen der Potenzialerhebung jeweils näher erläutert.

Häufig sind es multifaktoriellen Ursachen, die eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung verhindern und ggf. eine dauerhafte Beatmung bzw. Anwendung einer Trachealkanüle indizieren. Liegt ein solcher Fall vor, sind die Gründe, die einer erfolgreichen Entwöhnung oder Dekanülierung entgegenstehen, im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz [5 bzw. 6] zu dokumentieren.

PatV zu Absatz [5 bzw. 6] Sätze 10 und 11

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, sind angeborene oder chronisch fortschreitende Erkrankungen häufig Ursache für außerklinische Intensivpflege. Bei diesen Versicherten besteht in der Regel keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der gestörten Vitalfunktionen, weshalb die Beatmung bzw. die Trachealkanüle regelmäßig dauerhaft indiziert ist, was bei der Erhebung gemäß Satz 7/10 entsprechend zu dokumentieren ist. Das Gleiche gilt für Erwachsene mit chronisch fortschreitenden Erkrankungen wie z.B. der Amyotrophen Lateralsklerose.

Aufgrund der dauerhaften Indikation ist es in diesen Fallkonstellationen medizinisch nicht angezeigt, 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.

Ausreichend ist es deshalb in diesen Fällen, dass die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte im Behandlungsplan festlegen, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll. Erforderliche Termine zur Therapiekontrolle können damit von den potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten unabhängig vom Verordnungsrhythmus vereinbart werden. Der regelmäßige Kontakt zum verordnenden Arzt bzw. der verordnenden Ärztin bleibt davon unberührt.

Zu Absatz 6 bzw. 7

DKG	KBV, GKV-SV	PatV
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 Operation- und Prozeduren-schlüssel (OPS) 1-717 (Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials) in der Version 2021 vorgenommen wurden. Sie sollen in der Gesamtschau die Feststellung ermöglichen, ob ein solches Potenzial vorliegt oder nicht.	Unabhängig davon, ob ein Weaning- oder Dekanülierungspotenzial vorliegt, muss bei jeder oder jedem Versicherten die Potenzialerhebung nach Absatz [5 bzw. 6] spätestens nach sechs Monaten erneut 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. In diesen strukturierten und verbindlichen Vorgaben wird ein wesentlicher Vorteil im Vergleich zur Versorgung dieser Patientengruppe außerhalb (vor Inkrafttreten)	Die regelmäßige strukturierte Potenzialerhebung nach Absatz [5 bzw. 6] 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 Beatmungsindikation ist daher wesentlich für die Bewertung des Beatmungsstatus und des Entwöhnungspotenzials. Bei Versicherten, die aufgrund der Beatmungsindikation über einen langen Zeitraum beatmet werden, wie beispielsweise seit dem Kindesalter dauerhaft beatmete Versicherte, sind nicht bei jeder Erhebung alle im Absatz 7 aufgeführten Befunde zwingend zu erheben.

	<p>der Regelungen der AKI-Richtlinie gesehen.</p> <p>Die zu erhebenden Befunde zum Beatmungsstatus und zum Beatmungsentwöhnungspotenzial lehnen sich eng an die Inhalte des entsprechenden OPS an, die für die Krankenhäuser zukünftig maßgeblich sind. In der ambulanten Versorgung wird anstelle des in der stationären Versorgung verwendeten Begriffs „Sedierungsscore“ der gängige Begriff des „Sedierungs- und Schmerzstatus“ verwendet.</p>	<p>Die Erhebung durch die besonders qualifizierten Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4] soll daher gegebenenfalls in Abstimmung mit den Versicherten oder ihren Angehörigen bedarfsgerecht erfolgen.</p> <p>Die Berücksichtigung eines Ethik-Fallgesprächs ist nur unter besonderen Umständen (z.B. bei einer möglichen Beendigung der Beatmungstherapie) angemessen und daher kein Bestandteil der regelmäßig zu erhebenden Befunde.</p> <p>Bei der Erhebung der Lebensqualität sind neben den medizinischen Befunden immer auch die psychosozialen Faktoren zu berücksichtigen. Das wesentliche Merkmal ist dabei die subjektive Wahrnehmung des Versicherten. Hierdurch soll die Patientenperspektive in die Therapiebewertung eingebracht werden, die durch objektive Parameter nicht adäquat abgebildet wird.</p>
--	--	--

Zu Absatz 7 bzw. 8

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>Für die Erhebung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) im Zuge des Entlassmanagements ist eine eigene Regelung zweckmäßig. Der hier vorgenommene Verweis auf die für die Krankenhäuser geltende Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel berücksichtigt nämlich die weitreichenden verbindlichen Regelungen, die für die Krankenhäuser in diesem Versorgungsegment maßgeblich sind. Auch an dieser Stelle sei daher nochmals auf die für Krankenhäuser besonders relevanten Regelungen der §§ 39 Absatz 1 Satz 6, § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V sowie der §§ 5 Absatz 3f und § 9 Absatz 1a Nummer 8 des Krankenhausentgeltgesetzes hingewiesen.</p> <p>Durch den dynamischen Verweis auf die zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Operationen- und Prozedurenschlüssel, wird sichergestellt, dass das Krankenhaus unabhängig von den künftigen Entwicklungen des OPS jederzeit rechtssicher eine Potenzialerhebung durchführen kann.</p> <p>Eine anderslautende Regelung in der AKI-Richtlinie würde zu Friktionen mit bestehenden verbindlichen Regelungen und somit zu Rechtsunsicherheit führen und müsste laufend auf Aktualisierungsbedarf hin geprüft werden.</p>	<p>Ein dynamischer Verweis auf den OPS erzeugt Rechtsunsicherheit und ist daher abzulehnen. Beim dynamischen Verweis können künftige Entwicklungen der Bezugsnorm zu einer wesentlichen Änderung der Ausgangsnorm führen, die ggf. vom G-BA als Normgeber nicht gewollt ist, die er sich aber dennoch zurechnen lassen müsste (siehe Handbuch der Rechtsförmlichkeit, Rn. 243 ff.)</p>

Zu Absatz 8 bzw. 9

DKG, KBV, GKV-SV	PatV
<p>An dieser Stelle werden die Aspekte benannt, welche insbesondere bei der Erhebung des Potenzials zur Dekanülierung bei trachealkanülierten, aber nicht beatmeten Versicherten zu überprüfen und bei der</p>	<p>Ebenso wie bei beatmeten Versicherten sind unter Berücksichtigung der Grund- und Begleiterkrankungen nicht bei allen nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten mit</p>

<p>Beurteilung des Potenzials zu berücksichtigen sind. Diese orientieren sich an den diesbezüglichen Inhalten einschlägiger Leitlinien (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). (2020), Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie. Langfassung AWMF-Registernummer 030-111).¹</p>	<p>jeder Erhebung zwingend alle im Absatz 8 aufgeführten Aspekte zu überprüfen.</p> <p>Geeignete Geräte für ein standardisiertes Aspirationscreening und für Verfahren zur Überprüfung der Schluckfunktion stehen nicht flächendeckend im ambulanten Bereich zur Verfügung. Die Feststellung des Vorhandenseins und gegebenenfalls des Ausmaßes von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung soll daher durch den besonders qualifizierten Facharzt nach § 4 Absatz [3 bzw. 4] bedarfsgerecht erfolgen.</p> <p>Die Erhebung der laryngealen Sensibilität ist bei bestimmten Patientengruppen wie beispielsweise bei fortschreitenden Muskelerkrankungen nicht indiziert und muss in diesen Fällen nicht erhoben werden.</p>
---	---

2.6 Zu § 4: Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte von außerklinischer Intensivpflege

Zu Absatz 1

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
<p>Entsprechend des in § 3 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>Nach § 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V dürfen nur besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte außerklinische Intensivpflege verordnen: „Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung</p>	<p>Entsprechend des in § 3 beschriebenen abgestuften Behandlungsverfahrens wird einerseits zwischen Anforderungen an die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, die verordnen und andererseits an die, die das Entwöhnungspotenzial erheben, unterschieden. Dadurch werden die verfügbaren ärztlichen Ressourcen optimal eingesetzt.</p> <p>Außerklinische Intensivpflege darf nur von besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auf der Grundlage einer Potenzialerhebung gem. § 3 Absatz [5 bzw.6] verordnet werden. Diese besondere Qualifikation für die Verordnung weisen die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden</p>

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/030-111_Neurogene-Dysphagie_2020-05.pdf

<p>dieser Versicherten besonders qualifiziert ist“. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt stellt dabei insbesondere Therapieziele auf und trägt die Verantwortung für die von ihr oder ihm veranlassten Leistungen. In der Gesetzesbegründung (vgl. Gesetzentwurf zum IPRG - Drucksache 19/19368) werden die Fachärztinnen und Fachärzte aufgezählt, die der Gesetzgeber als besonders qualifiziert bewertet. Nach medizinisch-fachlicher Prüfung kann sich dieser Aufzählung für trachealkanülierte und beatmete Versicherte angeschlossen werden.</p> <p>Hier wird der Grundsatz beschrieben, dass Kinder und Jugendliche mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege für die spezifischen Krankheitsbilder und Versorgungsbedarfe durch Fachärztinnen und Fachärzte aus der Kinder- und Jugendmedizin mit darauf ausgerichteten Qualifikationen versorgt werden sollen. Um Einzelfallkonstellationen insbesondere bei jungen Erwachsenen mit einem pädiatrischen Krankheitsbild abzudecken, werden Ausnahmen ermöglicht.</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 Haus- und Kinderärztinnen und Haus- und Kinderärzte zusätzlich über theoretische und praktische Kenntnisse im Umgang mit Beatmung (nicht-invasiv, invasiv), Tracheostoma, Trachealkanülenmanagement, speziellem Sekretmanagement, speziellen Hilfsmitteln, Notfallsituationen und Dysphagie verfügen. Durch diese Regelung wird einerseits ein niedrighschwelliger Zugang zur außerklinischen Intensivpflege ermöglicht. 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 nach, wonach die Verordnung von</p>	<p>Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf, insbesondere, weil ihnen die Kontextfaktoren und Lebensumstände ihrer Patientinnen und Patienten bekannt sind und sie einschätzen können, welcher behandlungspflegerische Bedarf vorliegt und inwiefern eine Beteiligung der An- und Zugehörigen an der Versorgung möglich ist. Voraussetzung dafür ist, dass die die außerklinische Intensivpflege begründenden Umstände von darüber hinaus qualifizierten Ärztinnen und Ärzten gemäß Absatz 3 bzw. 4 im Rahmen der Potenzialerhebung regelmäßig überprüft werden. Nur in dem Zusammenspiel der fachübergreifenden Kooperation, der Einbindung der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, also auch der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die Teil der hausärztlichen Versorgung sind, sowie der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, kann qualitativ hochwertige Versorgung geleistet und zugleich flächendeckend sichergestellt werden.</p> <p>Eine Einengung der verordnenden Ärztinnen und Ärzte auf Fachärztinnen und Fachärzte, die zumeist weniger Erfahrungen in der Einschätzung behandlungspflegerischer Maßnahmen aufweisen, obwohl die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte hierin besonders qualifiziert sind und eine regelhafte Befundung durch potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte mit entsprechenden Qualifikationen vorgesehen ist, ist nicht verantwortbar. Zudem würden Versicherte ohne die Einbeziehung der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auch in Bezug auf die Wahrnehmung von Arztterminen erheblich mehr belastet werden.</p> <p>Nicht operationalisierbar ist die Forderung nach zusätzlichen Qualifikationen der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Handlungskompetenzen, beispielsweise im Umgang mit Beatmung oder prolongiertem Weaning, könnten nur im Rahmen einer Facharzt-</p>
--	---

<p>außerklinischer Intensivpflege durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt zu erfolgen hat, „(...) die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist“. Eine Öffnung für alle Haus- und Kinderärztinnen und Haus- und Kinderärzte ohne Zusatzanforderung oder weiteren Ärztinnen und Ärzten würde dieser gesetzlichen Regelung widersprechen.</p> <p>Die entsprechenden Anforderungen an Haus- und Kinderärztinnen und Haus- und Kinderärzte sind von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Antrag zu prüfen und zu genehmigen. Dadurch wird gewährleistet, dass diese über die erforderlichen Handlungskompetenzen im Umgang mit dieser Personenklientel verfügen.</p>	<p>Weiterbildung erworben werden, was parallel zur hausärztlichen Versorgung nicht leistbar scheint.</p> <p>[PatV zusätzlich zu Absatz 1 Nr. 6:</p> <p>Fachärzte für Hals-Nasen Ohrenkunde sind für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege geeignet, da sie über die Handlungskompetenzen für die Versorgung mit Trachealkanülen und Kognitive- und Methoden- und Handlungskompetenzen mit Stimm- Sprech- und Sprach- sowie Schluckstörungen verfügen.]</p>
---	---

Zu Absatz 2

<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt durch eine oder einen an der stationären Behandlung der oder des Versicherten beteiligte(n) Ärztin oder Arzt. Hierbei wird die Besonderheit berücksichtigt, dass die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nicht selten das allererste Mal im Krankenhaus erfolgen wird. In der Aufzählung sind daher die Arztgruppen genannt, die in diesen Fällen typischerweise mit der Behandlung dieser Versicherten und deren Entlassung befasst sind. Die Liste der möglichen Verordnerinnen und Verordner orientiert sich im Übrigen eng an der gesetzlichen Begründung.</p>

Zu Absatz 2 bzw. 3 Satz 1

Bei einer kleinen Gruppe von Versicherten besteht Bedarf an außerklinischer Intensivpflege ohne dass sie trachealkanüliert oder beatmungspflichtig sind. Hierbei handelt es sich um Einzelfälle bei sehr seltenen Erkrankungen mit Ausprägungen gemäß § 3 Absatz 1. Da die Vorgaben nach § 4 Absatz 1 **[DKG und 2]** 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 bzw. 3 Satz 2

PatV, KBV, DKG zu Satz 2	GKV zusätzlich:
<p>Mit dieser Regelung soll weiteren als den bereits unter § 4 Absatz 1 und 2 genannten, 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 des jeweiligen Versicherten spezialisiert sind. Da die konsultierenden Fachärztinnen und Fachärzte nicht flächendeckend vorhanden sind oder eine persönliche Untersuchung mit einem nicht zumutbaren hohen logistischen Aufwand verbunden ist und/oder mit psychischen Belastungen einhergehen kann, kann die gemeinsame Entscheidung bzgl. einer Verordnung auch telemedizinisch erfolgen.</p>	<p>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die von ihr oder ihm veranlassenen Leistungen. Auf Grund der außergewöhnlichen besonderen Indikation und der damit verbundenen speziellen Versorgung darf nur die bzw. der auf diese Erkrankung spezialisierte Ärztin/Arzt nach persönlicher Untersuchung die außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>

Zu Absatz 3 bzw. 4

GKV-SV	KBV, PatV, DKG
<p>Neben den Anforderungen an die Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sind in der Richtlinie auch die Anforderungen an die Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten festgelegt. Entsprechend der Gesetzesbegründung zum § 37c Absatz 1 SGB V kann die Erhebung des Entwöhnungspotenzials auch durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt als die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt erfolgen, der oder die diesbezüglich besondere Kenntnisse hat. Daher hat der G-BA die Anforderungen an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte sowie die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte differenziert. Für die Beurteilung eines Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials sind spezifische</p>	<p>zu Satz 1:</p> <p>Neben den Anforderungen an die Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind in der Richtlinie auch die Anforderungen an die Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials festzulegen. Die Feststellung des Entwöhnungspotenzials stellt den ersten Schritt im Rahmen der Kontrolluntersuchung dar. Hier wird evaluiert, inwieweit eine weiterführende Kontrolle mit Zentrumsaufenthalt</p> <p>[DKG: Zentrumsaufenthalt Aufenthalt in einer spezialisierten stationären Einrichtung] zur Einstellung oder Entwöhnung notwendig ist. Diese Feststellung kann grundsätzlich auch ambulant stattfinden.</p> <p>Hierfür sind Facharztgruppen, die im Rahmen ihrer Facharztausbildung bzw. ihrer Zusatzweiterbildung die erforderlichen</p>

<p>Anforderungen an die durchführenden Ärztinnen und Ärzte erforderlich, die über die Anforderung in § 4 Absatz 1 hinausgehen.</p> <p>Die Feststellung des Entwöhnungspotenzials stellt den ersten Schritt im Rahmen der Kontrolluntersuchung dar. Hier wird evaluiert, inwieweit eine weiterführende Kontrolle mit Zentrumsaufenthalt zur Einstellung oder Entwöhnung notwendig ist. Diese Feststellung kann grundsätzlich auch ambulant stattfinden. Da die Bewertung des Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials fachliche Kompetenzen und Erfahrungen voraussetzt, können nur entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte diese Tätigkeit durchführen. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte mit Nachweis einer dreijährigen einschlägigen Tätigkeit in einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit haben die entsprechenden Kompetenzen, um die Erhebung durchzuführen. Dies deckt sich mit den Ausführungen in der Gesetzesbegründung zum § 37c Absatz 1 SGB V, in der Ärztinnen und Ärzte, die in einer qualifizierten Entwöhnungseinheit tätig sind, angeführt werden. Auch in den einschlägigen Leitlinien werden entsprechende Kompetenzen empfohlen (vgl. DGP 2017, DGP 2019). „Um dieses Potential zu erkennen, ist die regelmäßige Evaluation durch Experten unabdingbar (...)“ (DGP 2019, Kap.6.6.5). Neben den Ärztinnen und Ärzten, die eine umfassende Erfahrung in einer Weaningeinrichtung haben, können auch Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner die Erhebung durchführen. Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner haben im Rahmen ihrer Zusatzweiterbildung die erforderlichen Handlungs- und Methodenkompetenzen in der intensivmedizinischen Versorgung erworben und gegenüber der Ärztekammer nachgewiesen.</p>	<p>Handlungskompetenzen und praktischen Erfahrungen erworben und nachgewiesen haben, qualifiziert.</p> <p>Dazu gehören Fachärztinnen und Fachärzte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin 2. für Innere Medizin und Pneumologie 3. für Anästhesiologie. <p>Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass diese Qualifikationen auch (4.) Fachärztinnen und Fachärzte haben, die entsprechend der MWBO eine vergleichbare Zeit (mind. 18 Monate) Handlungskompetenzen und Erfahrungen in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit erworben haben.</p> <p>[PatV zusätzlich zu Satz 1 Nr. 4:</p> <p>Da die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege auf unterschiedliche Grund- und Begleiterkrankungen zurückzuführen ist (siehe TG § 1 Absatz 1 Patientengruppen), soll die fachärztliche Erhebung nach § 3 Absatz [5 bzw. 6] durch spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte entsprechend der Grund- oder Begleiterkrankungen ermöglicht werden. Deshalb sind auch Fachärztinnen und Fachärzte, die in vergleichbarer Zeit (mindestens 18 Monate) Handlungskompetenzen und Erfahrungen in den unter b) bis d) aufgeführten Einrichtungen und Zentren erworben haben, zur Potenzialerhebung zugelassen.</p> <p>Um die Versorgungskontinuität zu gewährleisten, sind auch Ärztinnen und Ärzte, die außerhalb von Fachzentren in vergleichbarem Umfang Handlungskompetenzen und Erfahrungen in der Behandlung von Versicherten in der außerklinischer Intensivpflege erworben haben, zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw. 6] berechtigt.]</p>
<p>zu Satz 2:</p>	<p>zu Satz 2:</p>

<p>Ein dynamischer Verweis auf den OPS erzeugt Rechtsunsicherheit und ist daher abzulehnen. Beim dynamischen Verweis können künftige Entwicklungen der Bezugsnorm zu einer wesentlichen Änderung der Ausgangsnorm führen, die ggf. vom G-BA als Normgeber nicht gewollt ist, die er sich aber den-noch zurechnen lassen müsste (siehe Handbuch der Rechtsförmlichkeit, Rn. 243 ff.)</p>	<p>Die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (De-kanülierung) im Rahmen des Entlassmanagements, erfolgt durch Ärztinnen und Ärzte, die die Anforderungen für die qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus nach § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V erfüllen. Die personellen Anforderungen wurden in der Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), die für die Krankenhäuser verbindlich gelten, definiert.</p> <p>Der Verweis auf die für die Krankenhäuser geltende Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel berücksichtigt die weitreichenden verbindlichen Regelungen, die für die Krankenhäuser in diesem Versorgungssegment maßgeblich sind. Auch an dieser Stelle sei daher nochmals auf die für Krankenhäuser besonders relevanten Regelungen der §§ 39 Absatz 1 Satz 6, § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V sowie der §§ 5 Absatz 3f und § 9 Absatz 1a Nummer 8 des Krankenhausentgeltgesetzes hingewiesen.</p> <p>Durch den dynamischen Verweis auf die zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Operationen- und Prozedurenschlüssel, wird sichergestellt, dass das Krankenhaus unabhängig von den künftigen Entwicklungen des OPS jederzeit rechtssicher eine Potenzialerhebung durchführen kann.</p> <p>Eine anderslautende Regelung in der AKI-Richtlinie würde zu Fiktionen mit bestehenden verbindlichen Regelungen und somit zu Rechtsunsicherheit führen und müsste laufend auf Aktualisierungsbedarf hin geprüft werden.</p>
---	---

GKV-SV zusätzlich

Der G-BA hat u.a. geregelt, dass Ärztinnen und Ärzte zur Erhebung nach § 3 Absatz 5 über eine 3-jährige einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit verfügen müssen.

GKV-SV, KBV, PatV zusätzlich
<p>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 ihren Schwerpunkt in der Versorgung von Versicherten im und nach prolongiertem Weaning und in der Einleitung, Kontrolle und Betreuung von Versicherten mit außerklinischer Beatmung.</p>

Zu Absatz 4 bzw. 5

GKV-SV, PatV	KBV
<p>Die barrierefreie Veröffentlichung einer Liste von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die über Qualifikationen nach § 4 verfügen, stellt für die Versicherten die notwendige Transparenz über eine ausreichende Anzahl qualifizierter Ärztinnen und Ärzte her und trägt gleichzeitig dem Recht auf freie Arztwahl der oder des Versicherten nach § 76 SGB V Rechnung. Die Krankenhäuser benötigen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V Absatz 1a eine aktuelle Übersicht der Vertragsärztinnen und Vertragsärzten für die Organisation des Übergangs der oder des Versicherten in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Weiterhin ermöglicht diese Auflistung den Krankenkassen, gemäß § 305 Absatz 3 SGB V ihre Versicherten auf Verlangen über die entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zu informieren.</p>	<p>Für eine Übersicht der entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzte, insbesondere zum Zweck der Kontaktaufnahme, werden diese in der Arztsuche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>

Zu Absatz 5 bzw. 6

§ 4 Absatz [5 bzw. 6] stellt klar, dass sich die in der Richtlinie aufgeführten Facharztbezeichnungen nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten und auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte einschließen, welche entsprechende Bezeichnungen nach altem Recht führen.

2.7 Zu § 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Zu Absatz 1

§ 5 Absatz 1 regelt zusätzlich zu den Verordnungsvoraussetzungen nach § 3 der Richtlinie die Verwendung des vereinbarten Verordnungsvordrucks mit Angabe der verpflichtenden Inhalte.

GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich

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 Weaning- [DKG: Weaning- Entwöhnungspotenzial] und Dekanülierungspotenzial auf dem Verordnungsvordruck (Verordnungsvordruck außerklinische intensivpflege) durch den Vertragsarzt oder die Vertragsärztin dokumentiert. Dies ermöglicht insbesondere für die versorgenden Leistungserbringer nach § 132l SGB V einen schnellen Überblick zur aktuellen Situation des Versicherten sowie 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.

[GKV-SV zusätzlich: Zur Übermittlung der Verordnung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt an die Krankenkasse:

Vergleichbar mit der Regelung zur frühzeitigen Übermittlung der Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements ist auch bei vertragsärztlicher Verordnung eine unverzügliche Information der Krankenkasse über die Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege zur Unterstützung der Versorgung und schnellstmöglichen Klärung der Leistungsansprüche erforderlich. Auch im Interesse der oder des Versicherten wird deshalb eine Übermittlung der Verordnung von Seiten der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt an die Krankenkasse geregelt.]

[DKG zusätzlich: Neben der medizinischen Begründung für die außerklinische Intensivpflege über die relevante Diagnose und den daraus resultierenden ordnungsrelevanten 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 Potenzialerhebung nach § 3 Absatz 5 [bzw. 6] die Gründe zu benennen, warum der Versuch einer Beatmungsentwöhnung bzw. Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung oder einer Dekanülierung aktuell als nicht sinnvoll erscheint. In manchen Fällen kann die Erhebung ergeben 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 Nr. 7, 9 und 11 abgebildet.]

Zu Absatz 2

PatV, DKG, KBV	GKV-SV
<p>§ 5 Absatz 2 beschreibt das Verfahren zur individuellen Feststellung der in § 2 genannten Therapieziele. Zur Förderung des Therapiefortschrittes, der Optimierung des Versorgungsalltages und der Therapieakzeptanz, ist es von hoher Relevanz, dass die oder der Versicherte über ihre/seine Therapiealternativen informiert ist und selbst innerhalb der medizinischen Indikation über die Therapieziele mitentscheidet.</p> <p>[PatV zusätzlich:</p> <p>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 gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein wesentliches Ziel der Versorgung (§ 2 Absatz 1 Satz 2). Die damit einhergehenden Aspekte sind deshalb bei der gemeinsamen Erörterung und einvernehmlichen Feststellung der individuellen Therapieziele besonders zu berücksichtigen.]</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 ggf. 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 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. Dieser explizite Hinweis erscheint auch vor dem Hintergrund der aktuellen epidemiologischen Entwicklung in der außerklinischen Intensivpflege notwendig (Dtsch Med Wochenschr 2019; 144: e58-e63). 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</p>

	§ 132I SGB V auch die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt im besonderen Maße Verantwortung trägt.
--	--

Zu Absatz 3

Vor dem Hintergrund der komplexen Versorgungsbedarfe der Versicherten ist es aus fachlicher Sicht notwendig, ordnungsrelevante **[KBV, PatV, DKG: ordnungsrelevante versorgungsrelevante]** Änderungen an der Verordnung nach einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Ärztin bzw. den Arzt vorzunehmen.

[KBV, PatV zusätzlich: Versorgungsrelevante Änderungen und Ergänzungen der Verordnung, die eine erneute persönliche Untersuchung erforderlich machen und mit Unterschrift, Stempel und Datumsangabe der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes zu bestätigen sind, sind solche, die Auswirkungen auf die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege haben. Sofern ausschließlich Änderungen oder Ergänzungen an den Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie erforderlich werden, können diese in der Pflegedokumentation der Versicherten erfolgen und bedürfen keiner Änderung der Verordnung.]

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 er oder sie gemäß der Regelung in Absatz 4 verpflichtet, die Krankenkasse schriftlich und unverzüglich darüber in Kenntnis zu setzen.

Zu Absatz 5

DKG	GKV-SV, KBV
Bestandteil der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist gemäß Absatz 5 ein von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt erstellter Behandlungsplan. Dieser beinhaltet insbesondere die Indikation, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsmaßnahmen und -dauer). Das Nähere hierzu wird durch die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte, bzw. für die Verordnung durch das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements durch die Partner des Rahmenvertrags über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach	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 bzgl. 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

<p>§ 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) geregelt. Der Behandlungsplan muss der Krankenkasse im Rahmen der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege vorgelegt werden. Er ist bei Änderungen (zum Beispiel des Bedarfs, des klinischen Status, der relevanten Kontextfaktoren) zu aktualisieren und der Krankenkasse erneut vorzulegen, sofern sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der verordneten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ergeben.“</p>	<p>außerklinische Intensivpflege nach § 132l SGB V eine adäquate und sichere Versorgung der oder des Versicherten. Denn insbesondere in der außerklinischen Intensivpflege können fehlende oder unzureichende Informationen fatale Folgen für den Versicherten nach sich ziehen.</p> <p>Auch die Feststellung, ob die Leistungsvoraussetzungen nach § 37c SGB V erfüllt sind und ob die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung sichergestellt ist, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung der oder des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Angaben auf der Verordnung sowie die ergänzenden Informationen aus dem Behandlungsplan sind neben weiteren Unterlagen und der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vor Ort für diese Feststellungen wesentliche Informationsquellen.</p>
---	---

2.8 Zu § 6: 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 § 6 Absatz 1 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.

Zu Absatz 2

Eine Verordnungsdauer von bis zur 6 Monaten ist erforderlich, um Änderungen im Versorgungsbedarf zeitnah zu erkennen und die Verordnung rechtzeitig anpassen zu können.

PatV	GKV-SV
<p>Bei dem in Satz 2 beschriebenem Personenkreis sind angeborene oder chronisch fortschreitende Erkrankungen häufig Ursache für außerklinische Intensivpflege. Bei diesen Versicherten besteht in der Regel keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der die außerklinische Intensivpflege auslösenden Grunderkrankung, weshalb die medizinische Behandlung neben der Sicherung des Überlebens auch einer Verbesserung der Lebensqualität dient. Die Behandlung der Grund- und Begleiterkrankung ist insbesondere bei Kindern und Jugendlichen im Entwicklungsstadium mit häufigen ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgungen verbunden. Die zwangsläufig mit Verordnungen verbundenen Arztbesuche stellen bei diesem Personenkreis daher eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar. Sofern keine ordnungsrelevanten Veränderungen der Grunderkrankung absehbar sind, die eine kürzere Verordnungsdauer angezeigt erscheinen lassen, kann die Folgeverordnung deshalb bei diesen Versicherten für längstens 12 Monate ausgestellt werden. Bei ordnungsrelevanten Änderungen des Gesundheitszustands, z.B. in Folge einer Krankenhausbehandlung, ist die Verordnung anzupassen oder neu auszustellen (vgl. auch §7 Absatz 5).</p>	<p>Gerade bei der Klientel der Kinder und Jugendlichen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege ist eine engmaschige Begleitung durch den verordnenden Vertragsarzt oder die verordnende Vertragsärztin für eine hohe Versorgungsqualität von zentraler Bedeutung. Somatische und psychische Entwicklungsstörungen und die damit einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen können kurzfristig Anpassungen in der Therapie sowie der konkreten Ausgestaltung der außerklinischen Intensivpflege erforderlich machen. Aus diesem Grund ist besonders bei diesem Personenkreis eine Verordnungsdauer von längstens 6 Monaten einzuhalten. Aufgrund des ohnehin in der Regel bestehenden häufigeren Arzt-Patientenkontaktes ist damit auch kein zusätzlicher Aufwand bzw. eine zusätzliche Belastung verbunden, weil die Ausstellung der Folgeverordnungen bei diesen Terminen mit eingeplant werden können.</p>

GKV-SV, KBV, DKG,
<p>Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. Dabei geht es beispielsweise um die Frage, inwieweit das familiale Umfeld durch Kompetenzerwerb perspektivisch in der Lage sein könnte, einen Teil der Versorgung zu übernehmen. Andererseits 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.</p>

In Absatz 2 Satz 3 wird normiert, dass die regelmäßige (immer wiederkehrende) persönliche Untersuchung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt 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 des beauftragten Leistungserbringers nach § 132I SGB V.

2.9 Zu § 7: Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements

Zu Absatz 1

GKV-SV, KBV, PatV	DKG
<p>Gemäß § 37c Absatz 1 Nummer 4 SGB V ist in der AKI-Richtlinie 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, ist im Satz ein Verweis auf § 4 Absatz [GKV-SV: 1 und 2] [KBV, PatV: 2 und 3] aufzunehmen.</p>	<p>In § 7 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 folgend im Zuge des Entlassmanagements für einen Zeitraum von bis zu 7 Kalendertagen verordnet werden.</p>

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

DKG Zu Satz 1
Voraussetzung für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten ist die qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus und des diesbezüglichen Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] der Richtlinie.

GKV-SV, KBV, PatV	DKG
Die Zielrichtung des IPReG ist u.a., 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 Weaninpotenzials eine Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege erfolgt. Aus diesem Grunde darf das Krankenhaus Versicherte nur dann entlassen, wenn zuvor das Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial erhoben worden ist und im Falle eines aktuell bestehenden Potentials eine Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung, ggf. auch in einer anderen Klinik, eingeleitet worden ist. Hiermit soll gemäß der Gesetzesbegründung zum IPReG sichergestellt 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-Richtlinie zu berücksichtigen.	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. Das nähere zum Vorgehen des Krankenhauses bei der Behandlung von Patienten mit aktuell vorliegendem Potenzial liegt nicht im Regelungsauftrag dieser Richtlinie, sondern wurde durch das IPReG bereits in anderen Normen geregelt.

Zu Absatz 4

PatV	DKG, GKV-SV, KBV
<p>Bei der außerklinischen Intensivpflege handelt es sich um eine hoch komplexe Versorgungsform, die ein umfassendes Überleitungs-/Entlassmanagement erforderlich macht. Alle weiter im Prozess beteiligten Personen sind mit einzubeziehen. Die weitere vertragsärztliche Behandlung muss organisiert und ein qualifizierter Leistungserbringer nach §132I Absatz 5 SGB V gefunden werden. Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, sind die Organisation und Bereitstellung der notwendigen Hilfsmittel (z.B. Beatmungsgeräte, Inhalationsgerät, Sauerstoffversorgung, Notfall-Equipment) durch einen Geräte-provider mit entsprechendem Support erforderlich. Zusätzlich können auch zeitnahe Heilmittel-Therapien und gegebenenfalls bauliche Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen erforderlich werden. Um die Anschlussversorgung zu organisieren und den individuellen Bedarf der oder des Versicherten zu berücksichtigen, bedarf es eines weit im Voraus beginnenden Entlassmanagements im Krankenhaus.</p> <p>Über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements bedarf es einer unverzüglichen Information vom Krankenhaus an die zuständige Krankenkasse der oder des Versicherten.</p> <p>Wenn das Krankenhaus zu der Einschätzung gelangt, dass nach der Entlassung eine außerklinische Intensivpflege erforderlich ist, hat es daher die Krankenkasse unverzüglich zu informieren. In der Regel wird dies mindestens 14 Tage vor der Entlassung erfolgen.</p> <p>Nach § 37c Absatz 1 Satz 3 SGB V haben Versicherte gegenüber der zuständigen Krankenkasse einen Beratungsanspruch zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts. Sie sind aber nicht dazu verpflichtet, eine solche Beratung in Anspruch zu nehmen. Auch darf</p>	<p>Gemäß § 37c Absatz 2 Satz 6 wird die Feststellung durch die Krankenkasse, ob die Voraussetzungen für den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege erfüllt sind, nach persönlicher Begutachtung der oder des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Eine persönliche Begutachtung der oder des Versicherten am Leistungsort kann daher erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen. Umso wichtiger ist an dieser Stelle ein strukturiertes gemeinsames Vorgehen von Krankenhaus, Krankenkasse, Versichertem und Leistungserbringer nach § 132I 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 Leistungs-ort oder durch fehlende Kapazitäten von Leistungserbringern nach § 132I SGB V, können so vermieden werden.</p> <p>[DKG zusätzlich: Zu beachten ist außerdem, dass die sogenannte Erstverordnung von außerklinischer Intensivpflege durch das Krankenhaus erfolgt und bereits heute einen Organisationsprozess darstellt, der mitunter viele Wochen in Anspruch nehmen kann, bis eine sachgerechte Versorgung nach der Entlassung sichergestellt ist.]</p> <p>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 den Bedarf der oder des Versicherten für eine Beratung nach § 37c Absatz 1 Satz 3 SGB V, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungs-orts nach § 37c Absatz 2 SGB V und führt</p>

das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten durch die verfahrensmäßige Ausgestaltung der Beratung nicht eingeschränkt werden. Vor dem Hintergrund des hohen Ressourcenaufwandes, den die außerklinische Intensivpflege beinhaltet, ist es ferner nicht auszuschließen, dass die Beratung der Krankenkasse von wirtschaftlichen Interessen geleitet ist. Den Versicherten bleibt es deshalb unbenommen, jederzeit Kontakt zu einem Leistungserbringer aufzunehmen, der ihnen eine Versorgung an dem von ihnen gewünschten Leistungsort ermöglicht. Eine vorherige Beratung durch die Krankenkasse muss daher nicht zwingend erfolgen.

Beim Übergang in den anschließenden Versorgungsbereich haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von hierbei entstehenden Problemen. Absatz 7 verweist hierzu auf die Regelungen des § 11 Absatz 4 SGB V. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen hiernach für eine sachgerechte Anschlussversorgung und werden dabei von den Krankenkassen unterstützt. Dieser umfassende Anspruch kann nicht durch die Operationalisierung einzelner Verfahrensschritte in dieser Richtlinie eingeschränkt werden, sondern bleibt umfassend erhalten. Damit verbunden ist auch die enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a SGB XI im Rahmen des Versorgungsmanagements zur individuellen Beratung der Versicherten.

diese Beratung gegebenenfalls mit der oder dem Versicherten durch.

[GKV-SV, KBV zusätzlich: Bei der außerklinischen Intensivpflege handelt es sich um eine hoch komplexe Versorgungsform, die ein umfassendes Überleitungs-/Entlassmanagement erforderlich macht. Alle weiter im Prozess beteiligten Personen sind mit einzubeziehen. Die weitere vertragsärztliche Behandlung muss organisiert und ein qualifizierter Leistungserbringer nach §132I Absatz 5 SGB V gefunden werden. Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, sind die Organisation und Bereitstellung der notwendigen Hilfsmittel (z.B. Beatmungsgeräte, Inhalationsgerät, Sauerstoffversorgung, Notfall-Equipment) durch einen Geräte-provider mit entsprechendem Support erforderlich. Zusätzlich können auch zeitnahe Heilmittel-Therapien und gegebenenfalls bauliche Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen erforderlich werden. Um die Anschlussversorgung zu organisieren und den individuellen Bedarf der oder des Versicherten zu berücksichtigen, bedarf es eines weit im Voraus beginnenden Entlassmanagements im Krankenhaus. Über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements bedarf es einer unverzüglichen Information vom Krankenhaus an die zuständige Krankenkasse der oder des Versicherten.]

[GKV-SV, KBV zusätzlich Insbesondere auch aufgrund des Beratungsauftrages der Krankenkasse zum geeigneten Versorgungsort muss die Krankenkasse in die Organisation der Anschlussversorgung einbezogen werden, noch bevor ein Leistungserbringer nach § 132I SGB V einbezogen worden ist. Andernfalls droht der Beratungsauftrag der Krankenkasse ins Leere zu laufen. Im Übrigen ist dies auch erforderlich, um ein mögliches Risiko einer Fehlversorgung aufgrund einer vorzeitigen Einbeziehung eines

	<p>Leistungserbringers nach § 132I SGB V zu minimieren.]</p> <p>Das Krankenhaus wird in Abstimmung mit der oder dem Versicherten Kontakt mit geeigneten Leistungserbringern nach § 132I SGB V zur Klärung der Möglichkeit der Weiterversorgung und zur Abstimmung eines Entlasstages aufnehmen. Hierzu übermittelt [DKG: übermittelt kann] die Krankenkasse der oder dem Versicherten und dem Krankenhaus kurzfristig nach der Verständigung auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte eine Liste der Leistungserbringer, mit denen hierzu Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen [.]</p> <p>[DKG zusätzlich: , übermitteln. Eine weitere Grundlage für die die Auswahl eines Leistungserbringers stellt neben der gegebenenfalls von der Krankenkasse übermittelten Übersicht an Leistungserbringern auch die Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 8 SGB V dar.]</p> <p>Nach Abstimmung mit dem gewählten Leistungserbringer nach § 132I 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 § 132I SGB V regional entwickeln werden. Für den Fall, dass der oder die in Aussicht genommenen Leistungserbringer nach § 132I SGB V keine für die Versorgung des Versicherte 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 sicher zu stellen. Dies beinhaltet erforderlichenfalls auch eine erneute Beratung des Versicherten durch die Krankenkasse.</p> <p>[GKV-SV, KBV zusätzlich: Der Krankenkasse sind die tagesaktuellen Aufnahmekapazitäten der Leistungserbringer nach § 132I SGB V nicht bekannt. Die diesbezügliche Organisation eines Leistungserbringers für die Anschlussversorgung ist Aufgabe des Sozialdienstes im Krankenhaus.]</p>
--	--

	<p>[DKG zusätzlich: Gegebenenfalls unterstützt die Krankenkasse den Prozess auch durch die Benennung von geeigneten Leistungserbringern nach § 132I SGB V mit aktuell verfügbaren Kapazitäten].</p>
--	--

Zu Absatz 5

DKG	KBV, GKV-SV, PatV
<p>Die Regelung geht auf den durchaus nicht seltenen 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 im Wesentlichen unverändert vorliegen. Die bestehende Verordnung bleibt somit nach dem Krankenhausaufenthalt weiterhin gültig.</p> <p>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 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 Pflegekraft)</p>	<p>Wurden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege aufgrund einer gültigen Verordnung vor Beginn einer Krankenhausbehandlung erbracht, ist im Anschluss an diese eine Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements nicht erforderlich, denn die Verordnung verliert ihre Gültigkeit nach dem Krankenhausaufenthalt grundsätzlich nicht. Voraussetzung dafür ist, dass die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie unverändert vorliegen.</p> <p>Eine Verlängerung der Gültigkeit der bestehenden Verordnung um den Zeitraum der Krankenhausbehandlung ist nicht möglich. Im Übrigen ist zu beachten, dass aus verwaltungsverfahrenrechtlichen Gründen eine bestehende Verordnung nicht um den Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes verlängert werden kann. Die Leistungsgewährung setzt die Genehmigung der Leistung durch die Krankenkasse voraus. Diese Genehmigung erfolgt im Rahmen eines Verwaltungsaktes. Ein Verlängerungsautomatismus für die Gültigkeit der Verordnung ist daher nicht möglich. Darüber hinaus ist eine solche Verlängerung im Rahmen des Fallmanagements auch nicht praktikabel umzusetzen.</p>

<p>der außerklinischen Intensivpflege einhergehen.</p> <p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist komplex und sehr aufwändig. Insbesondere in den Fällen, wenn Versicherte mit außerklinischer Intensivpflege kurzfristig akut im Krankenhaus behandelt werden und zügig wieder ohne wesentliche Veränderungen am Gesamtzustand entlassen werden, ist der Aufwand der Ausstellung einer neuen Verordnung durch das Krankenhaus unverhältnismäßig. Im Sinne des verantwortungsvollen Umgangs mit personellen Ressourcen im Gesundheitswesen durch Vermeidung unnötiger Bürokratie ist es daher sinnvoll, dass die Verordnerin oder der Verordner in der vertragsärztlichen Versorgung die ggf. erforderlichen Anpassungen an seiner Verordnung vornimmt, welche ihr oder ihm im Sinne einer Empfehlung vom Krankenhaus im Zuge des Entlassmanagements mitgeteilt werden. Diese Anpassungen kann sie oder er in seinem Praxisverwaltungssystem zeitnah ohne großen Aufwand durchführen. Ein nennenswerter zusätzlicher Aufwand entsteht ihr oder ihm dabei in der Regel nicht, da Verordnungen durch das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements nur bis zu 7 Kalendertage gültig sind und im Anschluss in den meisten Fällen ohnehin eine Folgeverordnung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich werden würde.</p>	
---	--

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 Ärztin oder der weiterbehandelnde Arzt 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 i. V. m. § 111 und Einrichtungen nach § 41 i. V. m. § 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.

2.10 Zu § 8 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.

Zu Absatz 2

Nach § 275 Absatz 2 Ziffer 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 Sätze 1 bis 3 SGB V (berechtigte Wünsche des Versicherten zum Leistungsort, Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort, ggf. Nachbesserungsmaßnahmen, Berücksichtigung persönlicher, familiärer und örtlicher Umstände) erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung 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 zu einem früheren Zeitpunkt durchführen.

Für die Behandlungsplanung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes und der (weiteren) Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege, ist ein zeitnaher 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

§ 8 Absatz 3 Satz 1 regelt, dass die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Bewilligung der Leistung die Kosten für vertragsärztlich verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege übernimmt, wenn die Verordnung spätestens an dem **[DKG, KBV, PatV fünften] [GKV-SV dritten]** der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird.

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
<p>Die Verordnung muss spätestens am fünften der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt werden, um ausreichend Zeit für die Suche nach und Abstimmung mit einem passenden Leistungserbringer nach § 132I SGB V, welcher eng in den persönlichen Bezugsrahmen die oder der Versicherte einbezogen wird und somit besonders sorgfältig ausgewählt werden sollte, zu haben und insbesondere zu ihrer sowie zur Entlastung der Angehörigen beizutragen, zumindest bis die elektronische Verordnung in der Versorgung etabliert ist.</p>	<p>Damit eine Leistungserbringung unmittelbar ab Ausstellung der Verordnung zu Lasten der Krankenkassen beginnen kann, wird in § 8 Absatz 3 eine Regelung zur vorläufigen Kostenzusage eingeführt. Diese trägt einem angemessenen Ausgleich der Interessen von Versicherten, Leistungserbringern nach § 132I SGB V und Krankenkassen Rechnung.</p> <p>Die Regelung der vorläufigen Kostenzusage hat eine Schutzfunktion in mehreren Hinsichten:</p> <p>Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sind in der Regel unaufschiebbar. Zielsetzung der vorläufigen Kostenübernahme ist, dass insbesondere die oder der Versicherte sowie der Leistungserbringer nach § 132I SGB V zunächst auf den Bestand der Verordnung vertrauen können und die Leistung erbracht werden kann.</p> <p>Die zeitnahe Übermittlung der Verordnung innerhalb von drei Arbeitstagen und die damit verbundene Kenntnis vom Bedarf ermöglicht es der Krankenkasse, zeitnah die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einzuleiten und den MDK gemäß § 275 Absatz 2 Nr. 5 SGB V mit persönlichen Begutachtung am Leistungsort zu beauftragen. Dadurch können in relativ kurzer Zeit Verordnungen identifiziert werden, bei denen die Anspruchsvoraussetzungen als nicht erfüllt anzusehen sind. Auch im Zusammenhang mit der Verpflichtung an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt in § 5 Absatz 1 die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse zu übermitteln, ist die Frist von drei Arbeitstagen angemessen.</p> <p>Dies soll die Solidargemeinschaft auch bei Leistungen, die unaufschiebbar sind, vor unwirtschaftlicher Leistungserbringung schützen.</p> <p>Auf diese Regelungen kann sich berufen werden, wenn die vertragsärztliche</p>

	<p>Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzlichen Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. Folglich verlängert sich die Frist bei Ausstellungen unmittelbar vor Wochenenden oder Feiertagen.</p> <p>Wenn die verordneten Leistungen notwendig sind und die Frist verstrichen ist, können etwaige Leistungen auch dann zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wenn die Verordnung verfristet eingereicht wird.</p> <p>Insbesondere bei diesen für die Krankenkasse wirtschaftlich sehr bedeutenden Fällen ist es notwendig, dass die Krankenkasse die Anspruchsprüfung schnellstmöglich einleiten kann.</p>
--	--

Zu Absatz 4

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

2.11 Zu § 9 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 § 9 Absatz 1 Satz 2 konkretisierend, jedoch nicht abschließend aufgeführt. Der Leistungsumfang der außerklinischen Intensivpflege entspricht dabei dem bisherigen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, denn die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflege-reischem Versorgungsbedarf wurden in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt (vgl. BT-Drs. 19/19368, S. 2).

zu Absatz 1 Nr. 9

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 S. 3 SGB V kein Anspruch mehr nach § 37 Absatz 2 S. 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 der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie an, können diese nicht separat verordnet werden und sind Bestandteil der außerklinischen Intensivpflege. Der Leistungserbringer nach § 132I 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 § 132I SGB V besteht, versorgt werden, bleibt ein Anspruch auf zusätzliche Leistungen der Behandlungspflege auf der Grundlage des § 37 SGB V auch nach dem Inkrafttreten bestehen, insbesondere wenn die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege zeitweise von Familienangehörigen sichergestellt wird. Für diese Zeit 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.

PatV	GKV, KBV, DKG
<p>Die außerklinische Intensivpflege umfasst ausdrücklich auch die in der Anlage zur HKP-Richtlinie den Leistungsbeschreibungen der Behandlungspflege vorangestellten Vorsorgeleistungen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden, speziell auf den Krankheitszustand der oder des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern.</p> <p>Die geeignete Pflegefachkraft, die die außerklinische Intensivpflege erbringt, hat daher diese pflegerischen Maßnahmen ausgerichtet am individuellen Bedarf der oder des Versicherten mit zu erbringen.</p>	<p>In § 9 Absatz 2 Satz 1 ist bereits geregelt, dass die außerklinische Intensivpflege bedarfsweise auch die behandlungspflegerischen Leistungen der HKP-RL beinhaltet. Daher ist es nicht erforderlich, die Maßnahmen der Behandlungspflege entsprechend der HKP-RL zu wiederholen.</p>

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 behandlungspflegerische Maßnahmen aufeinander auf. Die Regelung benennt den nicht durch nichtärztliche Leistungserbringer erbringbaren Leistungsbereich.

Zu Absatz 5

[PatV zusätzlich: Hier werden die Anforderungen an die Rahmenbedingungen formuliert, die vom Leistungserbringer zur Durchführung der verordneten Maßnahmen zu gewährleisten sind. Anforderungen an die baulichen Rahmenbedingungen und die Infrastruktur an Orten nach § 1 Absatz 4 Nummer 4 und Nummer 5 liegen nicht in der Zuständigkeit des Leistungserbringers nach § 132I SGB V und werden hier nicht berührt.]

Zu Absatz 6

GKV-SV, KBV, DKG	PatV
<p>Der Leistungserbringer nach § 132I SGB V orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. Rückzugspflege beschreibt die Verminderung des durch den Leistungserbringer nach § 132I SGB V erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten. Dabei gilt, dass die Rückzugspflege in dem Maße erfolgt, in dem das familiäre / soziale Netz oder die oder der Versicherte z. B. aufgrund von Kompetenzerwerb bestimmte Anteile der Versorgung übernehmen kann oder in dem sich der Versorgungsbedarf aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes der oder des Versicherten verbessert. Dabei sind auch 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>Eine 24-stündige Interventionsbereitschaft im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege durch Pflegefachkräfte bedeutet, dass sich rund um die Uhr fremde Personen im Haushalt der oder des Versicherten befinden. Dies kann durchaus zu belastenden</p>	<p>Um die Privatsphäre der Versicherten und ihrer Familien zu wahren und die ständige Anwesenheit der Pflegefachkräfte zu minimieren, ist eine Beteiligung der An- und Zugehörigen an der im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege verordneten Versorgung in dem gemäß §10 Absatz 5 beschriebenen Umfang in Abstimmung mit dem Leistungserbringer nach §132I SGBV zu ermöglichen.</p> <p>Damit die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem z.B. krankheitsbedingten Ausfall der pflegenden An- und Zugehörigen gewährleistet ist und eine Vertretungsregelung durch geeignete Pflegefachkräfte sichergestellt werden kann wird bei der ärztlichen Verordnung der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach § 132I SGB V durch die Beteiligung von An- und Zugehörigen nicht vermindert. Der geleistete Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach § 132I SGB V reduziert sich nur in dem von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Umfang.</p>

<p>Situationen führen. Auf Wunsch sollen daher Angehörige die Möglichkeit haben, in die Versorgung mit einbezogen zu werden. Die Anleitung und Einbindung erfolgt im Rahmen eines strukturierten Prozesses. Die Reduzierung des Versorgungsumfanges in der Intensivpflege steigert die Selbstständigkeit der Familie.</p>	<p>Der Begriff Rückzugspflege beschreibt entsprechend der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (2020) einen strukturierten Prozess, mit dem Ziel der Reduzierung des ärztlich verordneten Versorgungsumfanges. Da bei z.B. krankheitsbedingtem Ausfall der Zu- und Angehörigen und der sich aus dem Prozess der Rückzugspflege ergebenden reduzierten Versorgungsumfanges die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten nicht gewährleistet werden kann, soll im Rahmen der AKI-Richtlinie unter Berücksichtigung des besonders hohen Versorgungsbedarfes und der ständig erforderlichen Interventionsbereitschaft auf das Verfahren der Rückzugspflege verzichtet werden.</p>
---	---

Zu Absatz 7

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.

2.12 Zu § 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege

Zu Absatz 1

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
	<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 Leistungserbringer in ihre Behandlung einbezogen werden. Der G-BA regelt daher, dass die Verantwortung für die Behandlung und die Steuerung der entsprechenden interdisziplinären und sektorübergreifenden Koordination sowie die</p>

	Potenzialerhebung der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt obliegt. Dadurch ist sichergestellt, dass eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Beteiligter mit geregelten Verantwortlichkeiten gewährleistet wird.
--	--

Zu Absatz 2

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
Der Stellenwert einer guten Kooperation und Koordination gesundheitlicher Versorgung ist aufgrund der Komplexität der Erkrankungen 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.	[siehe Absatz 1]

Eine bedarfsgerechte Kooperation und Koordinierung der notwendigen therapeutischen Leistungen ist daher 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. **[DKG, KBV, PatV:** Kooperation mit spezialisierten Einrichtungen kommt eine besondere Bedeutung zu.] **[GKV-SV:** Die verpflichtende Kooperation mit spezialisierten Einrichtungen ist vor diesem Hintergrund besonders wichtig.] Diese können zum Beispiel spezialisierte Einrichtungen für Versicherte mit Querschnittlähmung, für neuromuskuläre Erkrankungen, für Dysphagie oder sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sein.

GKV-SV zusätzlich
Zu den im Folgenden detailliert geregelten Einzelaspekten der Zusammenarbeit innerhalb dieses Netzwerkes besteht z.B. auch vor dem Hintergrund des 6. Pflege-Qualitätsberichtes des MDS nach § 114a Absatz 6 SGB XI Regelungsbedarf. So sind bspw. Kooperationen von Leistungserbringern nach § 132l SGB V mit entsprechend erfahrenen Ärztinnen und Ärzten und Weaningzentren kaum vorhanden. Im IPreG wird zum Ausdruck gebracht, dass vorhandenes Weaningpotenzial und/oder Dekanülierungspotenzial bislang nicht ausreichend gehoben wird; dies bringen auch entsprechende Fachgesellschaften (Pneumologie 2017; 71: 204-206) deutlich zum Ausdruck. Auch mit Blick auf die Potenzialerhebung ist insbesondere die effektive Zusammenarbeit der einzelnen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine bedarfsgerechte Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege.

Zu Absatz 2 bzw. 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 [2 bzw. 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 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. Daher sollten mit Jugendlichen (und deren Familien) frühzeitig Themen der Transition in die Erwachsenenmedizin besprochen werden. Dazu ist eine frühzeitige Kontaktaufnahme und die Einbindung der oder des oftmals langjährig behandelnden Ärztin bzw. Arztes der Kinder und Jugendlichen in das multidisziplinäre Netzwerk notwendig.

Zu Absatz 3 bzw. 4

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
<p>Die Regelung dient der transparenten Information gegenüber der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bei Änderungen am Versorgungsbedarf. Auf diese Weise wird ebenfalls die zeitnahe bedarfsgerechte Anpassung der Behandlung gestärkt. Der Leistungserbringer nach § 132l SGB V kann aufgrund seiner durchgängigen Anwesenheit bei der oder dem Versicherten in besonderem Maße Veränderungen in der Pflegesituation bzw. Veränderungen, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken, feststellen.</p>	<p>Im Sinne der Berufsgesetzgebung (§ 5 PflBG) 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 § 132l SGB V aufgrund seiner durchgängigen Anwesenheit bei der oder dem Versicherten in besonderem Maße Veränderungen in der Pflegesituation bzw. Veränderungen, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken, feststellen kann. Die Regelung dient der transparenten Information gegenüber der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bei Änderungen am Versorgungsbedarf. Auf diese Weise wird ebenfalls die zeitnahe bedarfsgerechte Anpassung der Behandlung gestärkt.</p>

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 den verordnenden Vertragsarzt oder die verordnende Vertragsärztin zu informieren, damit ggf. zeitnah interveniert werden kann

Zu Absatz 4 bzw. 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- bzw. Dekanülierungspotenzial schließen lassen, unverzüglich an die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt weiterzugeben, beim Leistungserbringer nach § 132I SGB V. **[GKV-SV zusätzlich:** Liegen entsprechende Informationen vor, leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt unverzüglich weitere Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung wie beispielsweise eine vertiefte Diagnostik, logopädische Maßnahmen, die Anbahnung der Entwöhnung in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit oder die Planung einer Dekanülierung in einer dafür spezialisierten Einrichtung ein.]

Zu Absatz 4 bzw. 5 Satz 2

DKG	GKV-SV	KBV, PatV
Weitere Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung können beispielsweise eine vertiefte Diagnostik, logopädische Maßnahmen, die Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung sein.	Weitere Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung können beispielsweise eine vertiefte Diagnostik, logopädische Maßnahmen, die Anbahnung der Entwöhnung in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit oder die Planung einer Dekanülierung in einer dafür spezialisierten stationären Einrichtung sein.	Sofern der Leistungserbringer nach § 132I SGB V bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial schließen lassen, die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt informiert hat, prüft diese oder dieser ggf. unter Einbeziehung der potenzialerhebenden Ärztin oder des potenzialerhebenden Arztes diese Hinweise und leitet bei Bestätigung der Hinweise eine Entwöhnung oder Dekanülierung ein.

Zu Absatz 5 bzw. 6

DKG, GKV-SV, KBV	PatV
<p>Voraussetzung für eine gelingende Rückzugspflege ist es, dass alle beteiligten Professionen Hand-in-Hand arbeiten und das familiäre Netz sowie der Versicherte einbezogen werden. Es muss klar vereinbart werden, in welchem Maße eine Rückführung des Versorgungsumfanges möglich ist und wer zu welchen Zeiten die Versorgung gewährleistet.</p> <p>Die Rückzugspflege erfolgt in enger Abstimmung zwischen Versicherten bzw. An- und Zugehörigen, dem Leistungserbringer nach § 132l SGB V der verordnenden Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt. Ziel der Rückzugspflege ist es, Versicherte und deren soziales Umfeld durch strukturierte Maßnahmen, insbesondere durch Anleitung und Schulung, in die Lage zu versetzen, sich an den behandlungspflegerischen Maßnahmen zu beteiligen bzw. diese ganz oder teilweise zu übernehmen. Der Leistungserbringer nach § 132l SGB V beachtet bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen insbesondere Art, Umfang und Schwierigkeit der behandlungspflegerischen Inhalte und die Wünsche der Versicherten und des sozialen Umfeldes sowie deren Grenzen aktiver und passiver Pflegebereitschaft. Ein Rückzug des Leistungserbringers nach § 132l SGB V darf erst dann erfolgen, wenn die oder der Versicherte und/oder das soziale Umfeld die erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen in gebotener Weise selbstständig sicherstellen können und dies auch der Auffassung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes entspricht. Die Anpassung des Versorgungsumfanges erfolgt nach ärztlicher Verordnung. Die Ziele und strukturierten Maßnahmen müssen für alle Beteiligten nachvollziehbar festgehalten werden. Der Leistungserbringer nach § 132l SGB V dokumentiert alle Maßnahmen zur Rückzugspflege. Er unterrichtet die zuständige Krankenkasse</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 § 9 (1) Nr. 9 erfolgt ist und die fachgerechte Versorgung auch in Abstimmung mit dem Leistungserbringer nach § 132l SGB V sowie dem verordnenden Vertragsarzt oder der verordnenden Vertragsärztin durch die An- und Zugehörigen gewährleistet werden kann. Die Krankenkasse wird durch den Verordner oder die Verordnerin über den im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang informiert.</p>

<p>zeitnah über den Beginn, die voraussichtliche Dauer und das Ende von anleitenden Maßnahmen. Mit dem Ende der Rückzugspflege ist das Ergebnis der Rückzugspflege der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und der Krankenkasse zu übermitteln.</p>	
--	--

Zu Absatz 6 bzw. 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 Leistungserbringernach § 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 7 bzw. 8

DKG, GKV-SV	KBV, PatV,
<p>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.</p> <p>Nur im Rahmen der persönlichen Inaugenscheinnahme der oder des Versicherten und der komplexen Versorgungssituation vor Ort, kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die aktuelle Behandlung des Versicherten (z.B. im Rahmen einer körperlichen Untersuchung) evaluieren und die ggf. notwendigen Veränderungen ableiten. Was z.B. die Wirksamkeit und Umsetzung der therapeutischen Zielsetzungen angeht, liefert die Pflegedokumentation wertvolle Informationen, die einen umfassenden Eindruck der Versorgungssituation erst ermöglichen. Um einen unkomplizierten und zügigen Informationsfluss in Richtung Leistungserbringer nach § 132I SGB V sicher zu stellen, werden</p>	<p>Sofern im Einzelfall Hausbesuche durch entsprechend qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentinnen und Praxisassistenten durchgeführt werden, um delegierbare nichtärztliche Leistungen zu erbringen, soll hierbei die Möglichkeit erhalten bleiben, die Pflegedokumentation und bei beatmeten Versicherten auch die im Beatmungsgerät hinterlegten Beatmungsparameter und das Beatmungsprotokoll auszuwerten und mit dem Vertragsarzt oder der Vertragsärztin abzustimmen.</p>

entsprechende Anordnungen direkt in der Pflegedokumentation vermerkt.	
---	--

2.13 Anhang Behandlungsplan

GKV-SV, KBV, PatV

Zur Verbesserung der Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege wird ein verbindlicher Behandlungsplan vorgegeben. Dies 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 zwingend erforderlich.

[GKV-SV zusätzlich: Es reicht nicht aus, auf einen Behandlungsplan zu verweisen, dessen Inhalte nicht konkretisiert sind bzw. in anderen Gremien erarbeitet werden sollen. Regional vereinbarte Überleitbögen für Entlassungen aus dem Krankenhaus enthalten bereits heute zentrale Inhalte des Behandlungsplanes, der als Anlage zur AKI-Richtlinie aufgenommen werden soll (siehe Überleitbogen des Arbeitskreises außerklinische Intensivpflege Nord, Stand August 2015, Überleitbogen des Netzwerkes außerklinische Beatmung Niedersachsen ohne Datum, Überleitungs- und Berichtsbogen des Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege in Bayern, ohne Datum. Quelle: <https://diegab.de/>) (Zugriff: 18.06.2021). Die Anwendung dieser Überleitungsbögen trägt bereits heute zur Optimierung des Versorgungsprozesses bei. Es kommt darauf an, dass diese Vorteile durch die verbindliche Anwendung eines standardisierten und für alle verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtenden Behandlungsplanes genutzt werden.

Der Behandlungsplan orientiert sich an den Mindestvorgaben für Überleitbögen gemäß S2k – Leitlinie Nicht-invasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., Revision 2017. Bei der Ausgestaltung des Behandlungsplanes wurde darauf geachtet, dass alle Informationen, die für die Weiterversorgung in der außerklinischen Intensivpflege für die verschiedenen Akteure relevant sind, enthalten sind, sofern sich diese nicht bereits aus dem Verordnungsformular ergeben. Eine Doppeldokumentation wurde vermieden.

Der Behandlungsplan gliedert sich in die Abschnitte

1. Allgemeine Angaben
2. Fähigkeiten und Hilfsmittel bzw. Einstellungen
3. Therapieziel, Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege

Insbesondere der Abschnitt 3 und die darin vorgesehenen konkretisierenden Hinweise zu den erforderlichen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege und zu den weiteren Maßnahmen der Behandlungspflege ermöglichen differenzierte Angaben, die für die

Versorgung durch den Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege nach § 132l SGB V und die patientenindividuelle Ausrichtung der Versorgung essentiell sind.])

3. Würdigung der Stellungnahmen

[Platzhalter]

4. Bürokratiekostenermittlung

[Platzhalter]

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 im Bundesgesetzblatt
TT.MM.JJJJ	UA VL	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
TT.MM.JJJJ	UA VL	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA VL	
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratung und Beschlussfassung
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

6. Fazit

[Platzhalter]

Berlin, den TT. Monat 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

7. Wortprotokoll der Anhörung

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Vom 9. September 2021

Vorsitzende:	Frau. Dr. Lelgemann
Beginn:	09:39 Uhr
Ende:	13:01 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

INTENSIVkinder zuhause e. V. (INTENSIVkinder):

Frau H. Cartolano

Frau A. Cartolano

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK):

Frau Ruser

LIGA Selbstvertretung (LIGA):

Frau Dr. Arnade

Fachverbände für Menschen mit Behinderung (Fachverbände):

Frau Krohn-Aicher

NETZWERK ARTIKEL 3 e. V. (NETZWERK Artikel 3):

Herr Frevert

Konferenz der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen für Integration, Arbeit und Soziales (KBB):

Frau Esser

Frau Dr. Hoepner-Stamos

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM):

Herr Sproß

SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e. V. (SHV FG):

Frau Stille

Herr Lemme

ALS-mobil e. V. (ALS-mobil):

Frau Schnürer

Frau Clement

Bundesverband SHP in Not e. V. (SHP):

Herr Nentwig

Frau Engfer

Ambulanter Dienst der Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin (fdst):

Herr Dr. Weinert

Herr Gutschmidt

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa):

Herr Dr. Stegemann

Frau Tenkhoff

Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e. V. (LfK):

Herr Treiß

BAG Phase F e. V. (BAG Phase F):

Frau Dr. Nelißen

LAG Phase F Niedersachsen (LAG Phase F):

Herr Wortelen
Frau Ellen-Krien

PflegeZukunfts-Initiative e. V. (PZI):

Frau Kassin

Alexianer Münster GmbH (Alexianer):

Herr Krämer
Herr Olschewski

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung (Diakonie):

Frau Stempfle

IPT – Intensivpflegeteam GmbH (IPT):

Frau Schuster

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK):

Frau Dettmann
Herr Liebscher

IPV Intensivpflegeverband Deutschland e. V. (IPV):

Herr van der Most
Frau Hoffmann

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad):

Herr Greiner

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP):

Herr Dr. Schieder
Herr Liebscher

Deutsche Fachpflege Gruppe & Bonitas Holding (Fachpflege Gruppe):

Herr Huhn
Herr Jaschke

Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas):

Frau Dr. Fix

Deutsche Gesellschaft für NeuroRehabilitation e. V. (DGNR):

Frau Dr. Gorsler

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. (DGSMMP):

Frau Prof. Dr. Herold-Majumdar

DGP – Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DG Pflege):

Frau Pietsch
Frau Prof. Dr. Horbach

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V. (DIGAB):

Herr Gerhard
Herr Brambring

DGP – Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
(DG Pneumologie):
Herr Prof. Dr. Randerath
Herr Dr. Geiseler

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC):
Herr Prof. Dr. Deitmer

Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. (DMGP):
Herr Dr. Hirschfeld

DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DG Palliativmedizin):
Herr Müller
Frau Nehls

Medizinischer Dienst Bayern (MD Bayern):
Frau Lehmacher-Dubberke
Herr Dr. Demmel

AOK Bayern:
Frau Petrich

AOK Niedersachsen:
Herr Rode
Herr Grieger

AOK Hessen:
Herr Ringer
Frau Giese

Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH (MTK Kliniken):
Herr Blau

Thoraxklinik Heidelberg gGmbH (Thoraxklinik-Heidelberg):
Herr Prof. Herth
Herr Albert

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa):
Frau Ziehn

Bundesverband NeuroRehabilitation e. V. (BNR):
Herr Prof. Dr. Mokrusch

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV):
Frau Fimm

Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/OWL (AKI Ruhr/MS/OWL):
Frau Sticht
Herr Dr. Heining

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG):
Herr Petereit
Frau Stoklossa

complex care solutions GmbH (CCS):
Herr Porwoll
Herr Herzig

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR):
Herr Dr. Schmidt-Ohlemann

KNAIB e. V. – Fachgesellschaft für außerklinische Intensivpflege (KNAIB):
Frau Nordmann

GKV-IPReG Think Tank (Think Tank):
Herr Dr. Bayarassou
Frau Hallwachs

EVK Oldenburg (EVK):
Herr Dr. Groß

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl):
Frau Winkler
Frau Berbrich

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e. V. (BAG-SAPV):
Frau Hach

Beginn der Anhörung: 09:39 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Leigemann (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 füh-

ren. 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. Lelgemann (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. Lelgemann (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 Prolongiertes Weaning erstellt, revidiert und eine Gruppe Prolongiertes Weaning, Untergruppe, 3b beschrieben. Das sind Patienten in der Regel mit neuro-

muskulären 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 Einzelfallentscheidungen. Und ich denke, bei einer Richtlinie für eine außerklinische Intensivpflege sollte diese Gruppe speziell bedacht werden.

Frau Dr. Lelgemann (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 bleiben 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 DGSM. Bitte, Herr Frevert, und dann DGSM.

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 dekanüliert 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 Bezugspflegepersonen 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 Krankenseinweisung 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 eradizieren 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 angebonden werden sollen, wenn keine Kapazitäten zur Verfügung stehen. Uns interessiert nun, wie Sie das mit dem Angebondensein 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 angebonden 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, Intensivpflegeteam: 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. Lelgemann (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. Lelgemann (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. Lelgemann (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. Lelgemann (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 Pflegeteams 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 entsprechende 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 vorgeesehen, 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 ein 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 potenzialerhebende 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 geringerem 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 geben 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 Abschtichtung 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 qualifizierten 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 verbindlichen Leistungsumfangs 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 verbindlichen Leistungsumfangs 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 Leistungsumfangs 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 habe 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 beiderseitigem Einvernehmen stattfinden, wenn beide Seiten damit einverstanden sind. Es darf auch auf keinen Fall zu irgendeiner Leistungskürzung führen. – Danke schön!

Frau Dr. Leigemann (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 zu 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 Budgets 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse 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

8. Schriftliche Stellungnahmen



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.

			Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH- Weaning-Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. – Therapiezentrum für Außerklinische Beatmung
			07.07.2021
Betreffende Passage in der AKI-RL			<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p> <p>↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.</p>
			<p>Begründung</p> <p>↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.</p>
§ 1 Grundlagen			
§ 1	Absatz 1		
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte

			nein	Pflegekraft als Sammelbegriff ist zu unspezifisch. Gerade in dem Segment der AKI dürfen Qualitätsanforderungen beim Personal nicht nach unten weiter geöffnet werden
§ 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.	
			ja	Die besondere Qualifikation kann u.a. nachgewiesen werden durch: <ul style="list-style-type: none"> - langjährige Erfahrung im Bereich der Intensiv- und Beatmungsmedizin (inner- und/oder außerklinisch) - Absolvieren von zusätzlichen Weiterbildungen, wie z.B. einem Expertenkurs in der außerklinischen Intensivpflege
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3		hier ist die Formulierung GKV-SV, KBV, PatV zu wählen.	Schon jetzt zeigt sich, dass zahlreiche Patienten in die Häuslichkeit übergeleitet werden, obwohl noch ein Potenzial vorhanden ist. Zur Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes ist der Patient über Möglichkeiten der prolongierten Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung hinzuweisen. Solange solche Angebote noch nicht flächendeckend existieren, kann mit der

				Formulierung „soll“ gearbeitet werden, besser wäre „sind diese im weiteren Verlauf zu stabilisieren und zu heben“
§ 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). 	
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>Satz 1 soll Satz 2 kann</p>	<p>Psychiatrische Kliniken sind i.d.R. nicht in der Lage solche Patienten zu versorgen. Dies würde im Ergebnis eine psychiatrische Behandlung der Betroffenen verhindern.</p>

					Wenn die Einrichtung dies leisten kann, ist ein Anspruch auf eine Verordnung nicht erkennbar.	
§ 1	Absatz 6					
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>			
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			<p>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>weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
			<p>Die Formulierung der GKV-SV, KBV, Pat. V ist zu wählen, ergänzt um folgenden Satz: Zur Einschätzung des Potenzials sollen die Patienten Einrichtungen, die auf das mittelfristige Weaning spezialisiert sind, vorgestellt werden.</p>	<p>An dieser Stelle muss klar darauf hingewiesen werden, dass es für Patienten mit mittelfristigem Weaningpotenzial (innhalb von weiteren 6 Monaten) von erheblichem Vorteil ist, dass dieser Weaning-/Dekanülierungsprozess direkt weitergeführt wird. Eigene Ergebnisse aus einem Therapiezentrum für Außerklinische Beatmung, zeigen eindrucksvoll, dass diese Potenziale „gehoben werden können“ Eine direkte Überleitung in die AKI sollte nur solange direkt erfolgen, bis ausreichend Therapiezentren für diese</p>		

						<p>Patientengruppe zur Verfügung stehen. Diese Therapiezentren sind im Verlauf angegliedert an die zertifizierten Weaningzentren zu etablieren und müssen fester Bestandteil des Gesamtprozesses werden. Nur so kann für die Patienten ein durchgängiges Konzept abgeboten werden,</p>		
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
<p>§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege</p>								
§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des</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>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz</p>	<p>§ 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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlich-</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 unvorhersehbar erforderlich</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

			einer Pflegefachkraft notwendig ist.	keit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	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 Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden.	PatV: (3) ¹ Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6], dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung vor-	GKV-SV, KBV	PatV		

		<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>liegt, 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>		
		<p>Dies Formulierung ist zu übernehmen und zu ergänzen:</p>		<p>Mittelfristiges Weaningpotenzial = innerhalb von bis zu 6 Monaten. Hinter-</p>	

			<p>„Bei Versicherten mit un- mittelbar oder mittelfristig bestehendem...“</p>		<p>grund: wie oben ausge- führt, gibt es eine nennens- werte Anzahl von Patien- ten (s. S. 6 Nr. 1 „Tragende Gründe – PatV), die durch- aus über eine längere Zeit entwöhnt und/oder deka- nüliert werden können. Hierfür sind spezielle Kon- zepte notwendig, die aber schlussendlich erfolgreich sein können.</p> <p>Es wäre für die Patienten ein Rückschritt, wenn die Weaningprozesse durch eine Überleitung in die Häuslichkeit verzögert würden. Bis zu einer flä- chendeckenden Vorhalten solcher therapeutischen Angebote, sollte dennoch die Möglichkeit der passa- geren Überleitung in die AKI bestehen.</p>	
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
			Ja		Fachlich bessere Formulie- rung.	
§ 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.			
			Ja, mit der Ergänzung: „Die Intervalle können verlängert bzw. ausgesetzt werden, wenn bei den Fallüberprüfun- gen in den ersten zwei Jahren nach Überleitung in die AKI kein Potenzial mehr gesehen wird.“	Es ist zielführend in regelmäßigen Abständen die Situa- tion zu evaluieren. Wenn mittelfristige Änderung nicht mehr zu erwarten ist, sollen die Intervalle größer sein bzw. entfallen kön- nen (s. S. 6 Nr.2 „Tragende Gründe“ – PatV). Bei der Gruppe 3 sind Einzelfallentscheidungen zu treffen. Die im Ergebnis zu einem Aussetzen der regelmäßigen Prü- fungen im Sinne eines Potenzials führen sollen. Die Er-		

					gänzung ist klarer und vereinfachender sowie patientenorientierter als nur den Hinweis aufzunehmen, dass die Gründe zu dokumentieren sind.	
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Ja	Eine mittelfristige Änderung ist häufig nicht zu erwarten, so dass die Intervalle größer sein können bzw. entfallen können (s. S. 6 Nr.2 „Tragende Gründe“ – PatV). Bei der Gruppe 3 sind Einzelfallentscheidungen zu treffen. Die im Ergebnis zu einem Aussetzen der regelmäßigen Prüfungen im Sinne eines Potenzials führen sollen.		
§ 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			

			ja			
			DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
				ja	Die RASS gehört zur Intensivtherapie. Es ist in der Außerklinik nicht zu erwarten, dass eine kontinuierliche Sedierung durchgeführt wird. Sollte dies der Fall sein, wäre der Weaningprozess zu überprüfen.	Reicht völlig zur Einschätzung aus
			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
			ja		Es kann sich nur um eine Einschätzung handeln, da	

					<p>vieles auf persönlichen Erfahrungen beruht. Eine Feststellung wäre etwas abschließendes, was nicht immer fachgerecht wäre.</p>
<p>KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten</p>					
ja					
<p>KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>					
ja			<p>Dies ist sehr komplex. Zur Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes ist eine umfassende Aufklärung erforderlich, in der Möglichkeiten und Grenzen aufgezeigt werden können. Betreuenden Personen, die auch Familienangehörige sind, fehlt auch gelegentlich die notwendige Distanz und eigene Perspektiven werden auf den mutmaßlichen Patientenwillen übertragen.</p>		
<p>KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)</p>					
Ja, ergänzt um: An diesem Fallgespräch sollen auch im (mittelfristigen) Weaning erfahren Ärztinnen oder Ärzte teilnehmen.			<p>Aus dem o.g. ergibt sich, dass ein solches Fallgespräch sinnvoll sein kann, um die Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes zu ermöglichen. Wichtig ist es gerade an dieser Stelle auch die Fachexpertise einzubeziehen.</p>		
<p>KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität</p>					

			ja			
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			Nein	nein	In den Begriff „Lebensqualität“ sollte diese Betrachtung enthalten sein. Die nochmalige Herausstellung impliziert eher, dass man auf ggf. ein Fortschreiten des Heilungsprozesses verzichtet, um dadurch weiterhin umfangreichere Pflegeleistungen erhalten zu können.	Welche Verfahren sollten geeignet sein? Dies müsste spezifiziert werden.
§ 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 Aspirationsscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])	PatV, DKG	KBV, GKV-SV
			nein	ja		Das ist der fachlich bessere Weg und ist auch geeigneter für eine externe Einschätzung (Zweitbeurteilung).
			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			
			ja	Das ist ausreichend, Lebensqualität ist eine subjektive Beurteilung. Die auch aus unserer Sicht nicht durch „geeignete Verfahren“ objektivierbar ist.		
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			
			nein	s.o.		
§ 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.			
			ja			
§ 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	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit	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.		
				Ja – ergänzt um den Punkt: oder mit einem Beatmungs-/Weaningzentrum kooperieren.		Aus eigenen Erfahrungen erreichen viele Hausärzte insbesondere mit Beatmungspatienten ihre Grenzen. Chancen und Möglichkeiten werden nicht erkannt, da die Ex-

						<p>pertise fehlt. Daher sollten zumindest Kooperationen z.B. im Rahmen eines i.V. Vertrages angestrebt werden. Dies dient auch dem Erkennen eines späteren Weaningpotenzials. Durch diese Lösung werden die Patienten auch nicht gezwungen ihren Hausarzt zu wechseln</p>
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			
§ 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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.	
			Ja,	s. Kommentar zur Potenzialeinschätzung §4 Abs. 3 bzw. 4.
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		Änderungsvorschlag 1. Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie, Die genannten 1-3 müssen zudem über eine mindestens 18-monatige Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit verfügen.	Hintergrund: Die drei genannten Berufsgruppen machen in der Regel Akut(Intensiv-) Medizin. Die Strategien im prolongierten Entwöhnungsprozess unterscheiden sich hiervon grundlegend. Daher ist es unabdingbar, dass hier zusätzlich die Erfahrung im prolongierten Weaning dazu kommt. Bereits heute werden aus der Akutphase zahlreiche Patienten an Weaningzentren verlegt, so dass die notwendigen Kenntnisse auf den „normalen“ Intensivstationen nicht gewonnen werden. Aus eigenen Zahlen können wir belegen, dass mittelfristige Weaningpotenziale auf Intensivstationen nicht erkannt werden, da die

			<p>Diese Kompetenz kann auch durch ein (Tele-)Konsil sichergestellt werden.</p> <p>4. 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>Konzepte hierfür nicht bekannt sind. So werden Patienten „schnell“ übergeleitet und die Möglichkeiten werden nicht genutzt.</p>		
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>			
			ja	s. oben		
		<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>				
		ja	s. oben			
			<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>

			ja		s. oben	Diesen Zusatz halten wir, wie oben ausgeführt, als Ergänzung für die Berufsgruppen 1.-3. für erforderlich. Will man an dieser Stelle eine wirkliche Verbesserung für die Patienten erreichen und ihnen die Chance auf ein mittelfristiges Weaning einräumen ist diese Kompetenz unabdingbar nachzuweisen.
			<p>PatV zusätzlich: ,</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>			
			c. und d. ohne Einschränkungen. b. und e mit dem Zusatz: „wenn auch die Potenzialprüfung durch ein Weaning-/Beatmungszentrum ein negatives Ergebnis ausweist“	Das ist für die Überleitung pragmatisch, allerdings, sehen wir auch Patienten aus der Frühreha Phase B mit bestehendem Potenzial, so dass hier durchaus die Expertise eines Beatmungszentrums hinzu zu ziehen ist.		

				Hier ist ggf. eine Übergangslösung, wie schon oben beschrieben sinnvoll. Hintergrund ist, die direkte Übernahme in ein Therapiezentrum „für außerklinische Beatmung“ zu ermöglichen, um nicht erst bei der nach 6 Monaten stattfindenden Potenzialprüfung festzustellen, dass der Patient für ein Weaning/Dekanülierung geeignet ist.
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).	
			Ja	Es ist besonders auf die Kompetenz im prolongierten Weaning abzuheben, insbesondere auf den Bereich der „nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnung“. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das mittelfristige Weaning ist die Verlegung der Patienten weg von einer Intensivstation, hin in eine Einrichtung mit häuslicher Atmosphäre.
§ 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
			ja			
§ 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)	
			Ja	Ist hilfreich, insbesondere für Verlaufsbeurteilungen
			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	
			ja	s.o.
§ 5	Absatz 2			
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Ja	Nachvollziehbarkeit ist wichtig
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
			GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	

§ 5	Abs. 5	Satz 1				
§ 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.			
			Ja	Ist pragmatisch		
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll In Ordnung	Eine „Sollvorschrift“ lässt begründet Abweichungen zu. Auch mit „soll“ sind die Ärzte nicht von ihrer Pflicht befreit, die Patienten in Augenschein zu nehmen.		
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			

			Ja	Dies ist unabdingbar um den Patienten die entsprechenden Chancen zu geben.		
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
			Ja		Dieses Vorgehen ist Bestandteil unseres Projektes. Wir haben hiermit sehr gute Erfahrungen gemacht.	

§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis	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			

		Satz 6 oder 7	<p>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.</p> <p>Hier sollte ergänzt werden: ...nimmt das Krankenhaus Kontakt zu einem oder mehreren Leistungserbringern, die zuvor mit den Krankenkassen gem. §7 Abs. 4 Satz 3 oder 4 abgestimmt wurden, auf,...</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			
			Ja		Aus Erfahrung der Zusammenarbeit mit der AOK-Hessen ist dies zu begrüßen, da er Entlassprozess deutlich beschleunigt werden kann.	
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	<p>DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Ja		Hier wird eine etwas größere Flexibilität eingeräumt. Wenn eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht wird, die Indikation aber fortbesteht, ist diese Vorgehensweise vereinfachend.	
§ 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					
			DKG, KBV, PatV:	GKV-SV:	DKG, KBV, PatV	GKV-SV

§ 8	Abs.3	Satz 1	fünften	dritten		
			ja			Dies stellt eine Vereinfachung dar.
§ 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,			
			Beides begrüßenswert			Die Behandlungsmöglichkeiten der Patienten im außerklinischen Setting werden fachlich immer komplexer, so dass diese Punkte nachvollziehbar und sinnvoll sind.
§ 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.			
§ 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					
§ 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	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 Versicher-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

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

				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].			
§ 10	Absatz 1 bzw. 2						
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung				
			Ja	Es würde sich nicht erschließen, warum der Patient nicht einbezogen werden soll.			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen				
			ja	s.o.			
§ 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	

				Ja	Diese Regelung stellt mehr eine Absichtserklärung dar und wird mutmaßlich nicht ausreichend genutzt	Hier ist eine Verbindlichkeit gegeben, allerdings werden die Behandlungseinrichtungen, dies noch nicht flächendeckend anbieten können. Daher wäre
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Ja	Ist eine fachliche Präzisierung zum Vorteil der Patienten		
§ 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 Einbin-	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

				<p>dung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.</p>		
			ja		<p>Dies ist nicht damit gleichzusetzen, dass am Ende eine Entwöhnung oder Dekanülierung stattfindet. Es wird aber sichergestellt, dass der Patient ein entsprechendes Angebot bekommt.</p>	<p>Es erschließt sich nicht, wenn ein Potenzial gesehen wird, warum der Patient nicht ein entsprechendes Verfahren angeboten bekommt. Hier ist eine externe Sicht hilfreich. Der Begriff „Bedarf“ ist unspezifisch und ist an dieser Stelle auch nicht auf den Patienten bezogen.</p>
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	<p>KBV, DKG, GKV-SV: ¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden</p>	<p>PatV: ¹Eine 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</p>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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					
			KBV, PatV:	DKG, GKV-SV:	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

§ 10	Abs. 7 bzw. 8		¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
				ja		Hier wird eine höhere Verbindlichkeit gewährleistet. Die im folgenden aufgeführten Maßnahmen sollen durch den Vertragsarzt persönlich durchgeführt werden
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:	
		ja		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		

			<p>einen Überblick verschaffen können, was u.a. im Notfallgeschehen von Bedeutung sein kann. Um im besonderen Fall mehr Anpassungsmöglichkeiten zu haben, könnte man dies umbenennen in „Rahmenbehandlungsplan“</p>	
<p>Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>	<p>Unser zentrales Anliegen ist es, dass Patienten mit einem mittelfristigen Weaningpotenzial frühzeitig, idealweise direkt nach Verlassen der Weaningeinheit/Intensivstation einer entsprechenden Behandlungseinrichtung vorgestellt werden. Hier sei auf das Modellprojekt der „Therapiezentren für Außerklinische Beatmung“ der AOK-Hessen hingewiesen. Bereits nach kurzer Betriebszeit stellten sich deutliche Erfolge ein. Im eigenen Bereich wurden in fast zwei Jahren des Projektbetriebes: 49 Patienten aufgenommen, davon wurden 21 Patienten erfolgreich dekanüliert (und geweant) sowie zwei weitere geweant. Drei Patienten sind verstorben, bei 22 Patienten konnte keines der Behandlungsziele erreicht werden. Aktuell ist bei einem Patienten noch nicht absehbar, welches Ergebnis erreicht werden kann. Die „Herkunft“ der Patienten ist unterschiedlich. Wenig überraschend zeigt sich eine hohe Erfolgsrate bei den von anderen Intensivstationen übernommenen Patienten. Dies unterstreicht zum einen die Bedeutung der Fachkompetenz für das Einschätzen des Weaningpotenzials, zum anderen die Relevanz für die lückenlose Fortführung des Weaningprozesses. Aber auch Patienten aus WG's und der außerklinischen Intensivpflege konnten erfolgreich dekanüliert werden. Folgende wesentliche Erfolgsfaktoren aus der eigenen Sicht zu nennen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Setting ist abweichend von einer Intensivstation. Das Therapiezentrum weist wohnlichen Charakter auf. Die Lärmbelästigung ist minimiert. Die Nachtruhe ist in der Regel gewahrt. 			

2. Das psychosoziale Angebot sowie enge Begleitung durch die psychiatrische Klinik führt rasch zu einer adäquaten Behandlung der häufig im Vordergrund stehenden Angststörung
3. Der Personalschlüssel/Patient ist günstig, so dass individuelle, patientenadaptierte Konzepte möglich sind

Daher ist es wichtig, dass künftig vermehrt Angebote für den mittelfristigen Weaningprozess geschaffen werden. Das Entlassmanagement muss diesem Rechnung tragen. Hierfür ist eine hohe fachliche Expertise erforderlich.

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.

			Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner für den SpiFa	
			15.07.2021	
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		Wie KBV	
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte	
			Wie KBV	
§ 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.	

			wie KBV
§ 1	Absatz 2		wie KBV
§ 1	Absatz 3		wie KBV
§ 1	Absatz 4		wie KBV
§ 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).
			wie KBV
§ 1	Absatz 5		wie KBV
§ 1	Abs. 5		PatV: kann soll

		Satz 1/ Satz 2	wie KBV		
§ 1	Absatz 6		wie KBV		
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.		
			wie KBV		
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege					
§ 2	Absatz 1		wie KBV		
§ 2	Absatz 2		Satz 1, 3. „den sich daraus ergebenden Symptomen ...“	Korrektur Schreibfehler	
§ 2	Absatz 3		wie KBV		
§ 2	Abs. 3		DKG	GKV-SV, KBV, PatV:	DKG
					GKV-SV, KBV, PatV:

		<p>(3) ¹Bei 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) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
		wie KBV			
§ 2	Absatz 4	Wie KBV außer: „..., insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung.“		Vor dem Hintergrund verschiedentlich geplanter Bemühungen der (teilweisen) Aufhebung von Sektorengrenzen oder einer künftigen intersektoralen Versorgungsstruktur ist das Attribut „stationär“ zu streichen.	

§ 2	Absatz 5	wie KBV						
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1	wie KBV						
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fäl-</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>len 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

				bestimmt werden können.			
				wie KBV			
§ 3	Absatz 2		wie KBV				
§ 3	Absatz 3		wie KBV				
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	GKV-SV, KBV	PatV	

			in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. ³ 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.	in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
			wie KBV			
§ 3	Absatz 3 bzw. 4		wie KBV			
§ 3	Absatz 4 bzw. 5		wie KBV			
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			
			wie KBV			

§ 3	Absatz 5 bzw. 6		wie KBV			
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
			wie KBV			
§ 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.			
			wie KBV			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			wie KBV			
§ 3	Absatz 6 bzw. 7		Wie KBV außer: Satz 1, 2. „Beurteilung der Fähigkeit zur nichtinvasiven Beatmung (NIV)“		Nichtinvasive Beatmung statt „NIV“	
§ 3	Abs. 6 bzw. 7	Satz 1	PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben	PatV	KBV, GKV-SV, DKG

wie KBV			
0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation			
wie KBV			
DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
wie KBV			
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
wie KBV			
KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten			
wie KBV			
KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens			

			wie KBV			
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			wie KBV			
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			wie KBV			
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
				wie KBV		
§ 3	Absatz 7 bzw. 8			wie KBV		
§ 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).			
				wie KBV		
§ 3	Absatz 8 bzw. 9		wie KBV			
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	PatV: sollen [...] einbezogen werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:

			wie KBV		
		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
			wie KBV		
		DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			wie KBV		
		KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität			
		wie KBV			
		KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
		wie KBV			
		GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			

			wie KBV			
§ 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.			
			wie KBV			
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte						
§ 4	Absatz 1		wie KBV			
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			wie KBV			
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			wie KBV			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>7. Notfallsituatio- nen und</p> <p>8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter verfügen.</p>		
			wie KBV		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 be- darf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
			wie KBV		
§ 4	Absatz 2		wie KBV		
§ 4	Abs. 2	Satz 1	<p>DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹Erfolgt die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege für beatmete Versi- cherte 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 Fach- ärztinnen 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, 		

			für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.	
			wie KBV	
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	wie KBV	
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	
			wie KBV	
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		wie KBV, außer: siehe Satz 1	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,	
			<p>Wie KBV, außer Satz 1 zu ersetzen durch: „... durch folgende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte: 1. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, 2. Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, wenn sie in geeigneter Form (z.B. schriftl. Weiterbildungs- oder Arbeitszeugnis) eine mindestens 3-monatige einschlägige Tätigkeit in einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung oder Betreuung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten medizinischen Einrichtung nachweisen können. 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie, wenn sie in geeigneter Form (z.B.</p>	<p>Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass es sich an dieser Stelle der AKI-Richtlinie lediglich um die „Erhebung“ des Weaning-Potenzials und nicht etwa um die komplexe „Durchführung“ des prolongierten Weanings handelt. Die Durchführung des prolongierten Weanings ist nämlich interdisziplinär aufgestellten, spezialisierten, hochqualifizierten Zentren vorbehalten, mit denen die außerklinisch tätigen Ärzt:innen eng zusammenarbeiten. Zur fach- und sachgerechten beatmungsmedizinischen, ärztlichen Betreuung von und zur Potenzialerhebung bei langzeitbeatmeten oder dauerkanülierten Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege ist daher</p>

schriftl. Weiterbildungs- oder Arbeitszeugnis) eine mindestens 6-monatige einschlägige Tätigkeit in einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung oder Betreuung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten medizinischen Einrichtung nachweisen können
4. Alle weiteren Fachärztinnen und Fachärzte, wenn sie in geeigneter Form (z.B. schriftl. Weiterbildungs- oder Arbeitszeugnis) eine mindestens 12-monatige einschlägige Tätigkeit in einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung oder Betreuung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten medizinischen Einrichtung nachweisen können.“

eine in den Weiterbildungsordnungen einiger Facharztbezeichnungen beinhaltetete Methoden- und Handlungskompetenz vollkommen ausreichend. Wenn diese beispielsweise durch die penible Prüfung von Zeugnissen und Logbüchern und eine bestandene Prüfung vor einer deutschen Ärztekammer nachgewiesen werden kann, ist ein darüber hinausgehender Nachweis obsolet.

Die Methoden- und Handlungskompetenzen sind aber für die verschiedenen Facharztqualifikationen und Zusatzbezeichnungen unterschiedlich und deshalb hier zu differenzieren. Nach dezidierter Prüfung der Weiterbildungsinhalte ist es daher erforderlich, bei einigen Arztgruppen über die Facharztqualifikation hinausgehende Qualifikationsvoraussetzungen zu fordern, die sich auf die Betreuung von invasiv und nichtinvasiv Langzeitbeatmeten, die chronische Versorgung von Erkrankungen mit Atmungs- und Atempumpenversagen und nicht nur die akutmedizinische Versorgung auf klassischen Intensivstationen beziehen.

Überbordende Forderungen nach 18- monatiger oder gar 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in Weaningzentren sind völlig inakzeptabel und in der Realität lediglich für eine kleine Randgruppe von Ärzt:innen darstellbar. Solche Forderungen wirkten somit gegen den Willen des Gesetzgebers und würden de facto die Versorgungssituation dieser Versicherten noch weiter verschlechtern.

KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
Siehe §4 Absatz 3 oder 4			
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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
	BdP Siehe §4 Absatz 3 oder 4		
PatV zusätzlich: , 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.			
Siehe §4 Absatz 3 oder 4			

§ 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>			
			Wie KBV			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5		Wie KBV			
§ 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</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

			dem Vertragsarzt enthalten.			
				Wie KBV		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6		Wie KBV			
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1		Wie KBV			
§ 5	Abs. 1	Satz 3	GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.			
			Wie KBV			
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)			
			Wie KBV			
			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			
			Wie KBV			
§ 5	Absatz 2		Wie KBV			

§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Wie KBV	
§ 5	Absatz 3		Wie KBV	
§ 5	Absatz 4		Wie KBV	
§ 5	Absatz 5		Wie KBV	
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			Wie KBV	
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	
			Wie KBV	
			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)	
			Wie KBV	
§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege				
§ 6	Absatz 1		Wie KBV, außer Satz 2: „ Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen drei Monaten nicht überschreiten.	Die § 6 und § 7 sind mit Blick auf die Ablauforganisation miteinander verknüpft. Nach der vorliegenden Entwurfsfassung würden aktuell lt. § 7 die Versicherten eine VO für AKI für max. 7 Tage erhalten. Bis zum Ablauf

			<p>dieser 7 Tage müsste eine besonders qualifizierte Vertragsärztin/Vertragsarzt nach § 4 Abs. 3 oder 4 eine Potenzialerhebung durchführen, ggf. mit dem verordnenden Arzt gemäß § 4 Abs 1 und 2 Kontakt aufnehmen (oder umgekehrt) und eine Verordnung müsste ausgestellt werden. Diese Prozedur müsste nach der aktuell vorliegenden Entwurfsfassung gemäß § 6 erneut nach weiteren 5 Wochen wiederholt werden. Innerhalb von 6 Wochen müssten demnach 3 Verordnungen (Entlassverordnung, Erstverordnung, 1. Folgeverordnung) ausgestellt werden und eine Potentialerhebung koordiniert werden. Dies ist nicht nur den Vertragsärzten organisatorisch nicht zumutbar, 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.</p>
§ 6	Absatz 2		Wie KBV
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>

			Wie KBV					
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV		
			Wie KBV					
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll					
			Wie KBV					
§ 6	Absatz 3		Wie KBV					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements								
§ 7	Absatz 1		Wie KBV, außer: „... im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung von bis zu 3 Monaten nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.		Die § 6 und § 7 sind mit Blick auf die Ablauforganisation miteinander verknüpft. Nach der vorliegenden Entwurfsfassung würden aktuell lt. § 7 die Versicherten eine VO für AKI für max. 7 Tage erhalten. Bis zum Ablauf dieser 7 Tage müsste eine besonders qualifizierte Vertragsärztin/Vertragsarzt nach § 4 Abs. 3 oder 4 eine Potenzialerhebung durchführen, ggf. mit dem verordnenden Arzt gemäß § 4 Abs 1 und 2 Kontakt aufnehmen			

			(oder umgekehrt) und eine Verordnung müsste ausgestellt werden. Diese Prozedur müsste nach der aktuell vorliegenden Entwurfsfassung gemäß § 6 erneut nach weiteren 5 Wochen wiederholt werden. Innerhalb von 6 Wochen müssten demnach 3 Verordnungen (Entlassverordnung, Erstverordnung, 1. Folgeverordnung) ausgestellt werden und eine Potentialerhebung koordiniert werden. Dies ist nicht nur den Vertragsärzten organisatorisch nicht zumutbar, sondern ist auch mit Blick auf die Patientenkielntel 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.
§ 7	Absatz 2	Wie KBV	
§ 7	Absatz 3	Wie KBV	
§ 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.
			Wie KBV
§ 7	Absatz 4	Wie KBV	

§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Wie KBV			
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <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</p>	<p>DKG:</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</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	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		
			Wie KBV			
§ 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.			
			Wie KBV			

§ 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.			
			Wie KBV			
§ 7	Absatz 5		Wie KBV			
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
				Wie KBV		
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Wie KBV			
§ 7	Absatz 6		Wie KBV			
§ 7	Absatz 7		Wie KBV			

§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 8	Absatz 1		Wie KBV			
§ 8	Absatz 2		Wie KBV			
§ 8	Absatz 3		Wie KBV			
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			Wie KBV			
§ 8	Absatz 4		Wie KBV			
§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege						
§ 9	Absatz 1		Wie KBV			
§ 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,			
			Wie PatV.			
§ 9	Absatz 2		Wie KBV			

§ 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.			
			Wie KBV			
§ 9	Absatz 3		Wie KBV			
§ 9	Absatz 4		Wie KBV			
§ 9	Absatz 5		Wie KBV			
§ 9	Abs. 5	Satz 1	PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern			
			Wie KBV			
§ 9	Absatz 6		Wie KBV			
§ 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 er-	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege in dem nach §	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>brachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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>		
			Wie KBV			
§ 9	Absatz 7		Wie KBV			

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

§ 10	Absatz 1		Wie KBV			
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
			Wie KBV			
§ 10	Absatz 1 bzw. 2		Wie KBV			
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

	Abs. 1 bzw. 2		Wie KBV			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Wie KBV			
§ 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
			Wie KBV			
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Wie KBV			
§ 10	Absatz 2 bzw. 3		Wie KBV			
§ 10	Absatz 3 bzw. 4		Wie KBV			
§ 10	Absatz 4 bzw. 5		Wie KBV			
§ 10	Abs. 4 bzw. 5	Satz 2	GKV-SV, DKG: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
				Wie KBV		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6			Wie KBV		
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
				Wie KBV		
§ 10	Absatz 7 bzw. 8			Wie KBV		
§ 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
			Wie KBV			

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:
	Wie KBV			
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.				



Dr. Frank Heimann

Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V.

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.

	Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.	
	Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein	
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	Bereits im Gesetzgebungsverfahren hat die BAG SELBSTHILFE deutlich gemacht, dass die neue geschaffene Norm des § 37 c SGB V in mehrfacher Hinsicht rechtlich problematisch ist. Zum einen wird dort nicht hinreichend sichergestellt, dass schon aufgrund verfassungsrechtlicher Vorgaben das eigenständige Aufenthaltsbestimmungsrecht aller

				<p>Menschen mit Behinderungen, auch solcher mit intensivpflegerischem Bedarf, gewährleistet werden muss und nicht auf der Basis von Kostenüberlegungen ausgeschlossen werden darf.</p> <p>Zum anderen wird in § 37 c SGB V nicht hinreichend zum Ausdruck gebracht, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V durch § 37 c SGB V ergänzt und nicht ersetzt wird.</p> <p>Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE muss der Gemeinsame Bundesausschuss seinen Auftrag nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in der Weise umsetzen, dass die benannten Unklarheiten in § 37 c SGB V im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention sowie im Lichte des § 2 a SGB V zugunsten der Anspruchsberechtigten aufgelöst werden.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte	<p>Die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) kennt nur die Behandlungspflege. Es ist missverständlich, wenn nun ein neuer Begriff „medizinische Behandlungspflege“ eingeführt wird, da § 37 a SGB V wie bereits dargestellt ergänzt und nicht ersetzt. Fachlich bedeutet dies auch, dass eine Delegation an Pflegekräften möglich sein muss.</p>

§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p> <p>Nähere Vorgaben zur Konkretisierung des Begriffs der „geeigneten Pflegekraft“ sind nicht erforderlich bzw. ziel führend, da die Anforderungen nach § 132 I SGB V zu definieren sind</p>
§ 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>Dem Aufenthaltsbestimmungsrecht der Betroffenen ist schon aus verfassungsrechtlicher Sicht der Vorrang gegenüber Kostenüberlegungen einzuräumen. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE kann grundsätzlich immer durch gebotene Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit eine adäquate Leistungserbringung gewährleistet werden. Es ist nur eine Frage des Aufwandes, dies sicherzustellen. Insbesondere die Voraussetzung „einer stabilen fach- und sachgerechten Infrastruktur“ ist daher nicht als Einschränkung einer Leistungserbringung vor Ort, sondern ein Gewährleistungsziel für die Nachbesserungsmaßnahmen in der Richtlinie zu definieren.</p>
§ 1	Absatz 5			<p>Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass das Pflegepersonal in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen oftmals wenig auf den Umgang mit Versicherten mit chronischem Intensivpflegebedarf eingestellt ist. Auch fehlt es oft an den zeitlichen Kapazitäten für die sach- und fachgerechte Versorgung dieses pflegeintensiven Personenkreises mit seinen sehr speziellen und hohen Bedarfen. 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</p>

				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
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

				<p>Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist hinsichtlich der Prüfung des Potenzials zur Beatmungsentwöhnung bzw. Reduzierung der Beatmungszeit zwischen der Gruppe der Patienten nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen und Aussicht auf Besserung und der Gruppe von Patienten mit chronischen Erkrankungen ohne Aussicht auf nachhaltige Besserung zu unterscheiden. Bei der letztgenannten Personengruppe würde eine schematische halbjährliche Potenzialnutzung eine unnötige Belastung darstellen. Hier sollte das Prüfziel explizit in der Therapieoptimierung bestehen.</p>
§ 2	Absatz 4			
§ 2	Absatz 5			
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege				
§ 3	Absatz 1			<p>Da § 37 c den § 37 SGB V nur ergänzt und nicht ersetzt, müssen alle Patienten, die bislang Anspruch nach Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses der Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege haben, auch nach § 3 der vorliegenden Richtlinie einen Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung haben. Mit den Regelvorschlägen von DKG und GKV-SV und KBV wird der Leistungsanspruch der Betroffenen in einer rechtlich und medizinisch unhaltbaren Art und Weise verkürzt.</p>

			<p>Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist eine klar formulierte Rechtsgrundlage für die spezielle Krankenbeobachtung in der Richtlinie erforderlich. Die von der Patientenvertretung vorgeschlagene Formulierung in § 3 Abs. 1 legt mit der hinreichenden Klarheit die Voraussetzungen fest, die Versicherte erfüllen müssen, damit ihnen außerklinische Intensivpflege verordnet werden kann. Bislang waren diese Voraussetzungen in Nr. 24 „<i>spezielle Krankenbeobachtung</i>“ der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V geregelt. Die Regelung in § 3 Absatz 1 stellt sicher, dass Versicherte, die nach bisherigem Recht Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung hatten, nach der neuen Rechtslage außerklinische Intensivpflege beanspruchen können. Auch werden Rechtsanwendungsprobleme aus der Praxis, die bei der Auslegung der bisherigen Leistung nach Nr. 24 „<i>spezielle Krankenbeobachtung</i>“ immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten geführt haben, zum Anlass genommen, den leistungsberechtigten Personenkreis klarer und weniger streitanfällig zu bestimmen. Insbesondere hat das Kriterium der „täglich“ mit „hoher Wahrscheinlichkeit“ erforderlichen pflegerischen/ärztlichen Intervention in der Vergangenheit in den Fällen zu rechtlichen Auseinandersetzungen geführt, in denen</p>
--	--	--	--

						nicht jeden Tag eine entsprechende Intervention real erforderlich war (siehe z.B. SG München, Beschluss vom 23.04.2020, Az. S 15 KR 393/20 ER).		
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus be-</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				bestimmt werden können.	stimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>		

			in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. ³ 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.	eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>			
			<p>Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre es grob behandelungsfehlerhaft, in Fallkonstellationen, in denen klar eine dauerhafte Beatmung bzw. die Trachealkanüle angezeigt ist, „Kanüle rausziehen“ Dekanülierungsaktivitäten vorzunehmen.</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 Aspirationsscreening 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ul style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

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

			<p>2. für Innere Medizin und Kardiologie, 3. für Anästhesiologie, 4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, 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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>			
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>			
			<p>GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit</p>	<p>GKV-SV</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>

			jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
§ 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</p>			

			richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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.	

§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis	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			

		Satz 6 oder 7	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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

§ 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	<p>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,</p>
§ 9	Absatz 2		
§ 9	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.</p> <p>Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es erforderlich, in § 9 Absatz 2 Satz 2 der Richtlinie noch einmal klarzustellen, dass die „medizinische“ Behandlungspflege auch pflegerische Prophylaxen, Lagerungen und Hilfen bei Mobilität umfasst.</p> <p>Wie bereits ausgeführt wurde, gilt es sonst viel zu leicht Missverständnisse, weil in der vorliegenden Richtlinie nicht der übliche Begriff der „Behandlungspflege“ aus der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege verwendet wird.</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					
§ 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	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 Versicher-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>	<p>ten auch bei einem 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>		
			<p>Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist der Begriff der „Rückzugspflege“ abzulehnen, da damit der Eindruck der Delegation von Leistungen an An- und Zugehörige erweckt wird. Der ärztlich verordnete Leistungsumfang darf durch die Beteiligung der An- und Zugehörigen aber nicht reduziert oder in Frage gestellt werden.</p>			

§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	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		Satz 2	GKV-SV, DKG:	KBV, PatV:	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

	Abs. 4 bzw. 5		² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	² 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.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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	PatV: ¹ 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.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Zugehörigen zusammen. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

				verordnenden Vertragsarzt		
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.						

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.

			LIGA Selbstvertretung (DPO Deutschland)	
			15. Juli 21	
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	
			Zustimmung zu PatV-Position	Für einfache medizinische Maßnahmen sind auch in der außerklinischen Intensivpflege keine Pflegefachkräfte notwendig. Pflegekräfte können diese Leistungen erbringen.

§ 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.	
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3		s. Stellungnahme NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.	
§ 1	Absatz 4		s. Stellungnahme NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.	
§ 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). 	
			Streichung	Das Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich des Wohnortes ist in § 37 c Abs. 2 Satz 2 SGB V explizit festgeschrieben worden. Es konkretisiert grundgesetzlich garantierte Rechte. Auch wenn diese Formulierung erst am Ende des Gesetzgebungsprozesses eingefügt

				<p>wurde und vermutlich nicht allen G-BA-Mitgliedern gefällt, steht es dem G-BA nicht zu, diese gesetzlichen und grundgesetzlichen Garantien per Richtlinie auszuhebeln. Das ist rechtswidrig.</p> <p>Im Übrigen gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 SGB V) auch für den Bereich der Intensivpflege, ohne dass Vorschriften für die eigene Häuslichkeit gemacht werden dürfen.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>Zustimmung zur PatV-Position</p>	<p>Manche betroffene Patient*innen sind während eines Krankenhausaufenthaltes auf eingearbeitete Pflege(fach)kräfte/Assistent*innen angewiesen, weil sie beispielsweise komplexe Unterstützungsbedarfe haben, welche die zeitlichen Kapazitäten des Krankenhauspflegepersonals übersteigen, oder weil sie in ihrer Kommunikationsfähigkeit so stark beeinträchtigt sind, dass nur eingearbeitete Personen mit ihnen kommunizieren können.</p>
§ 1	Absatz 6			
			DKG zusätzlich:	

§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		(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.			
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2	Ergänzung (unterstrichen): „Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten, das gemeinsam mit der oder dem Versicherten zu definieren ist. Therapieziele sind <u>können unter anderem sein:</u>“	Wenn einerseits von einem individuellen, patientenzentrierten Therapieziel die Rede ist, andererseits die Therapieziele vorgegeben werden, ist das ein Widerspruch in sich. Vielmehr müssen Therapieziele im Sinne des „Shared Decision Making“ gemeinsam mit den Betroffenen definiert werden, also immer erst nach vorheriger Absprache, Abstimmung mit abschließender Zustimmung von dem oder der Versicherten.			
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		DKG	GKV-SV, KBV, PatV:	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

		<p>(3) ¹Bei 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) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
§ 2	Absatz 4	<p>Ergänzung (unterstrichen): „... in Abstimmung mit <u>und nach Zustimmung von</u> der oder dem Versicherten ...“</p>		<p>Alle Schritte und Festlegungen müssen bzw. dürfen im Sinne des „Shared Decision Making“ immer erst nach vorheriger Absprache, Abstimmung mit abschließender Zustimmung von dem oder der Versicherten erfolgen. Eine Entwöhnung darf nur dann eingeleitet</p>	

						<p>werden, wenn diese förderlich für den oder die Patient*in ist. Hierbei muss auch die psychische Komponente mit beachtet werden.</p>		
§ 2	Absatz 5					<p>An dieser Stelle möchte die LIGA Selbstvertretung nochmals bekräftigen, wie wichtig der Fokus auf psychosoziale Faktoren und Ganzheitlichkeit ist. Die Lebensqualität wird maßgeblich von diesen Konstrukten beeinflusst und lässt sich nicht durch die Fixierung auf Meßwerte erfassen.</p>		
<p>§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege</p>								
§ 3	Absatz 1		<p>Die LIGA Selbstvertretung stützt die PatV-Position „sein kann“ und zusätzlich „/Pflegekraft“</p>			<p>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.</p> <p>Bezüglich Pflegekraft siehe Begründung zu § 1 Abs. 1 Satz 3.</p>		
§ 3	Abs. 1		<p>DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig,</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			<p>bei denen 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 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</p>	<p>Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</p>	<p>zulässig, bei denen 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 bei</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

			in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.	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.	lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3		Unterstützung der PatV-Position mit Ergänzung (unterstrichen): ¹Zeigt 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 ver-					s. Begründung zu § 2 Abs. 4

		<p><i>ordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit <u>und nach Zustimmung von 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.</u></i></p>			
§ 3	Abs. 3	<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. ³ 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.	eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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.			
			Zustimmung zur PatV-Position	Bei dauerhaft beatmungspflichtigen Patient*innen in einem stabilen Zustand ist nicht vor jeder Verordnung eine persönliche Untersuchung notwendig. Das wäre für die Betroffenen eine unnötige Belastung und würde zu vermeidbaren Kosten führen.		

§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			Neue Sätze 6 und 7: <u>„Bei Patient*innen, bei denen aufgrund der Grunderkrankung kein Potenzial zur Entwöhnung besteht, sind weder Verordnung noch Erhebung alle 6 Monate notwendig. Die verordnenden Ärzt*innen entscheiden gemeinsam mit den Patient*innen über den Zeitpunkt von Folgeverordnung und -untersuchung.“</u>	Wenn Untersuchungen keinen Sinn haben und lediglich zu persönlichen und finanziellen Belastungen führen, sollte man sie unterlassen.		
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Zustimmung zur PatV-Position	s.o.		
§ 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		
			Zustimmung zur PatV-Position		So ist größere Flexibilität möglich			
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation					
			Zustimmung zur PatV-Position		s. Begründung in den Tragenden Gründen			
			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
		Zustimmung	Der Patientenwille ist entscheidend
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)
		Ablehnung	Die LIGA Selbstvertretung sieht nach einiger Recherche die praktische Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs kritisch. Solange der oder die Patient*in nicht im Fokus steht, diese*r barrierefrei Zugang zu diesem hat (Gebärdensprachdolmetschung? Dolmetschung in Leichte Sprache?) und voll partizipiert; über sie oder ihn, statt mit ihr oder ihm gesprochen wird, lehnen wir das ethische Fallgespräch ab. Da Ethik-Fallgespräche überall unterschiedlich gehandhabt werden, müsste es erst einmal eine klarere partizipativ erarbeitete Regelung hierzu geben.
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität
		<u>Bitte ersetzen durch (unterstrichen): „dialogische Erhebung der subjektiven Lebensqualität der oder des Versicherten unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren“</u>	s. Begründung in den Tragenden Gründen Außerdem lässt sich die subjektive Lebensqualität nicht nur durch einen standardisierten Fragebogen erfassen, sondern muss vor allem im Sinne der sprechenden Medizin in einem vertrauensvollen Gespräch erörtert werden, wobei ein Schwerpunkt auf die Bedarfe der betroffenen Person zu legen ist.

			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			Zustimmung s.o.		s. Begründung in den Tragenden Gründen	
§ 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:
			Zustimmung zur PatV-Position		So ist größere Flexibilität möglich.	
			PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

				4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			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		Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ² Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			

	Abs. 8 oder 9					
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte						
§ 4	Absatz 1				Der G-BA darf den Kreis der „qualifizierten Vertragsärzte“ (Gesetzestext) nicht auf bestimmte Fachärzt*innen beschränken. Entsprechende Regelungen sind rechtswidrig, denn der G-BA überschreitet hier seine Befugnisse. Der G-BA kann lediglich definieren, was Vertragsärzt*innen (inkl. Hausärzt*innen) zu qualifizierten Vertragsärzt*innen macht.	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ul style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

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

			<p>2. für Innere Medizin und Kardiologie, 3. für Anästhesiologie, 4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, 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>			
			Zustimmung			
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		Nicht Fachärzt*innen definieren, sondern Qualifikation		s. Begründung zu § 4 Abs.1	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>			
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
				18 Monate	s. Begründung in den Tragenden Gründen	
			PatV zusätzlich: , 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.			
			Zustimmung zur PatV-Position		Erhöhung der Flexibilität	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen			

			richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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. ² Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	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.	PatV, GKV-SV	KBV

			Zustimmung und Ergänzung (unterstrichen): <u>Weiterhin beinhaltet die Liste Angaben zur barrierefreien Auffindbarkeit und zur Barrierefreiheit der Praxis.</u>		Der Zugang zu diesen Informationen, sowie auch zu den Ärzt*innen selber muss unbedingt barrierefrei sein. Barrierefreiheit ist dabei in einem umfassenden Sinn entsprechend § 4 BGG zu verstehen. Diese Informationen müssen der Liste aktuell entnehmbar sein. Das bedeutet: Auch Formate wie Deutsche Gebärdensprache sowie Leichte Sprache gehören zur Barrierefreiheit dazu.	
§ 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		s. Stellungnahme NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.	
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Zustimmung	Dient der Transparenz
§ 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		<u>Ergänzung (unterstrichen): Im Einzelfall kann die Folgeverordnung auch für 12 Monate ausgestellt werden. Ist aufgrund der Grunderkrankung nicht von einem Potenzial der Entwöhnung auszugehen, kann im Einzelfall eine Dauerverordnung ausgestellt werden.</u>		Bei stabilem körperlichem Zustand ohne Entwöhnungspotential können Ressourcen auf allen Seiten geschont werden.	
§ 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.			
			Zustimmung zur PatV-Position		s.o.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
			Streichung!		Der Ressourcenbegriff bleibt in diesem Kontext unklar ebenso wie der Zusammenhang zwischen Verordnungsdauer und Ressourcen. Wir befürchten eine Hintertür, um Abschiebungen ins Heim oder zusätzliche Belastungen von An-/Zugehörigen zu rechtfertigen.	
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			s. Stellungnahme NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>Streichung.</p> <p>Stattdessen (unterstrichen): <u>„Auf Wunsch des oder der Patient*in und mit Einbeziehung eines oder einer Peer-Counselor*in / EUTB Berater*in oder einer anderen Person des Vertrauens kann vor Entlassung ein Gespräch zu den bestehenden Wahlmöglichkeiten geführt werden.“</u></p>	<p>Zustimmung zur PatV-Position</p>	<p>Wir merken kritisch an, dass der Vorschlag, direkt vor Entlassung ein verpflichtendes Gespräch mit der Krankenkasse zu führen, eine Einbahnstraße ist, deren Ende wir alle kennen. Durch diesen Stellhebel schwindet jegliche Objektivität, der Weg in die Einrichtung wird vorgegeben, und das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen wird dadurch ausgehebelt.</p>	<p>s. Begründung in den Tragenden Gründen</p>
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>DKG</p>

			dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	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		
§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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		Streichung		Der Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkasse ist rechtswidrig, da er nicht gesetzlich begründet ist.	
§ 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.			
§ 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			
			Zustimmung zur PatV-Position		Spezielle Anforderungen dürfen nicht für die eigene Häuslichkeit oder einen anderen geeigneten Ort gelten, weil sonst das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen ausgehebelt wird.	
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter Rückzugspflege wird die	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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>		
			Streichung	Zustimmung zur PatV-Position	Wir stehen der Rückzugspflege sehr kritisch gegenüber. Grundsätzlich muss	Auf freiwilliger Basis (wenn von allen Beteiligten gewünscht) können

					<p>eine zwischen betroffener Person und angehöriger Person einvernehmliche Zustimmung vorliegen, hier Pflegeaufwand zu übernehmen.</p> <p>Das im Entwurf vorgeschlagene Vorgehen ist ein Einfallstor, über An- und Zugehörige Pflegetätigkeiten „kostengünstig“ wegzuweisen und auf diese abzuwälzen. Die Verordnung darf auf dieser Grundlage niemals gekürzt werden.</p>	<p>An- und Zugehörige einbezogen werden, was auch dem Schutz der Privatsphäre dienen kann.</p>
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV:	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

			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].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung		
			Zustimmung und Ergänzung (unterstrichen) zur PatV-Position: „und <u>möglichst unter Federführung, aber zumindest unter Beteiligung</u> “	Was für ein Menschenbild und was für ein Selbstverständnis von Ärzt*innen bzw. Angehörigen von Gesundheitsberufen verbirgt sich hinter der Vorstellung, Netzwerke und Teambesprechungen ohne die Hauptpersonen, um die es geht, zu organisieren? Da fragt man sich doch, ob Vokabeln wie Patientenzentrierung	

					<p>oder Selbstbestimmung nur leere Worthülsen sind, die bei Bedarf wegen des Wohlklangs eingestreut werden, die aber nichts an der paternalistischen fremdbestimmten Gesundheitsversorgung – so, wie sie immer schon war – ändern. Grundsätzlich muss vielmehr immer gelten, dass der/die Betroffene alle Entscheidungsgewalt über ihre/seine Behandlung hat.</p>	
			<p>PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen</p>			
			<p>Zustimmung zur PatV-Position</p>		<p>s.o.</p>	
§ 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	<p>GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.</p>			
§ 10	Absatz 2 bzw. 3					
§ 10	Absatz 3 bzw. 4					

§ 10	Absatz 4 bzw. 5		Satz 1: Ergänzung (unterstrichen): „ ... schließen lassen, informiert der Leistungserbringer nach § 132I SGB V <u>mit Einwilligung des oder der Versicherten unverzüglich die verordnende ...</u> “		s.o.	
§ 10	Abs. 4 bzw. 5	Satz 2	GKV-SV, DKG: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
				Zustimmung mit Ergänzung (unterstrichen): „ ... Vertragsarzt leitet bei Bedarf <u>mit Einwilligung der oder des Versicherten die weiteren Maßnahmen ...</u> “		s.o.
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10		Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV:	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

	<p>Abs. 5 bzw. 6</p>		<p>¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. 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>¹Eine 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. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im</p>		
--	---------------------------------	--	--	---	--	--

				Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
				Zustimmung mit Ergänzung (unterstrichen): „...ermöglicht werden, soweit <u>die oder der Versicherte sowie die An- und Zugehörigen</u> diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung ...“		s.o. Hier muss es eine einvernehmliche Zustimmung geben.
§ 10	Absatz 7 bzw. 8			Ergänzung (unterstrichen): (6) oder (7) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert <u>mit Zustimmung der oder des Versicherten</u> den Leistungserbringer nach § 132I SGB V über neue pflegerelevante Befunde.		s.o.
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		KBV, PatV: ¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder	DKG, GKV-SV: ¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

			den verordnenden Vertragsarzt	durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
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.			<p>Wir raten dringend zu einer grundlegenden Überarbeitung der Richtlinie, da derzeitige Formulierungsvorschläge teilweise rechtswidrig sind. Das bezieht sich insbesondere auf</p> <ul style="list-style-type: none"> das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen hinsichtlich des Ortes der Leistungserbringung. (Das durch das Grundgesetz geschützte Selbstbestimmungsrecht ist auch im IPReG verankert und darf durch eine G-BA-Richtlinie nicht ausgehebelt werden); die Beschränkung der verordnungsberechtigten Ärz*innen auf bestimmte Fachärzt*innen. (Das steht nicht im Gesetz); die vorgesehene Genehmigungserfordernis der außerklinischen Intensivpflege durch die Krankenkassen. (Das sieht das Gesetz nicht vor). 			

Was hingegen viel zu kurz kommt, sind alle Fragen der Partizipation und Selbstbestimmung der Versicherten sowie ihrer An- oder Zugehörigen. Der Entwurf liest sich, als gehe es um eine*n willenlose*n Einheitspatienten*in, dem*der eine kostengünstige Satt-und-Sauber-Einheitspflege zuteilwerden soll. Auch vermissen wir die Erwähnung der Kostenerstattung selbstbeschaffter Pflegekräfte nach § 37c Abs. 4.

Unsere Hinweise und Empfehlungen zielen insgesamt darauf ab, dem Anspruch der Patientenzentrierung gerecht zu werden, den Betroffenen in allen sie betreffenden Fragen die Entscheidungshoheit zu übertragen, individuelle Lösungen zu ermöglichen sowie mehr Flexibilität und Transparenz.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06

10596 Berlin



Berlin, 15.07.2021

Gemeinsame Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-Richtlinie)



Sehr geehrte Frau Lerch,

wir bedanken uns für die Gelegenheit, zur Erstfassung der AKI-Richtlinie eine Stellungnahme abgeben zu dürfen und kommen der Bitte des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), aus Effizienzgründen eine **gemeinsame Stellungnahme** abzugeben, gerne nach.



Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass der G-BA am 20. Mai 2021 beschlossen hat, allen fünf an dieser Stellungnahme beteiligten Verbänden das Recht auf Stellungnahme zu gewähren. Die fünf Verbände kooperieren auf vielen Gebieten eng im Rahmen ihres Zusammenschlusses als „**Fachverbände für Menschen mit Behinderung**“ und verfolgen insbesondere auch bei der Versorgung von Menschen mit Intensivpflegebedarf gemeinsame Interessen. Unsere Positionen und Änderungsvorschläge haben wir in dem beigefügten Formular vermerkt. Bitte erlauben Sie jedoch, dass wir im vorliegenden Anschreiben einige grundsätzliche Punkte vorab ansprechen:



Zunächst möchten wir unseren Unmut darüber zum Ausdruck bringen, dass für die Abgabe der Stellungnahme nur ein sehr **enger Zeitrahmen** zur Verfügung steht, der noch dazu in die Zeit der Sommerferien fällt. Eine vertiefte Auseinandersetzung und Beratung über die äußerst schwierigen und komplexen Fragestellungen der außerklinischen Intensivpflege war hierdurch kaum möglich. Angesichts der hohen Vulnerabilität des von außerklinischer Intensivpflege betroffenen Personenkreises und der Tatsache, dass dessen Versorgung erstmals umfassend in einer eigenen Richtlinie des G-BA geregelt wird, die gravierende Auswirkungen auf die künftige Versorgung hat, sind wir erneut über die kurzen Fristsetzungen in diesem Regelungsbereich empört. Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-IPReG bzw. RISG gab es häufig nur kurze Fristen zur Stellungnahme, die vorzugsweise in die Ferienzeiten fielen. Dies setzt sich nun bedauerlicherweise bei der Stellungnahmefrist für die AKI-Richtlinie fort.



Grundsätzlich wird begrüßt, dass mit der AKI-Richtlinie die Qualität der Versorgung intensivpflegebedürftiger Versicherter verbessert sowie Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten in diesem Versorgungssegment beseitigt werden sollen. Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sind anzustreben, sofern bei betroffenen Versicherten entsprechende Potenziale bestehen. Diese positiven Ansätze dürfen aber nicht zu Lasten derjenigen Versicherten gehen, bei denen die **Beatmung bzw. Trachealkanüle** aufgrund angeborener oder frühkindlich erworbener Funktionsstörungen **dauerhaft indiziert** ist. Eine Potenzialerhebung ist hier 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. durch regelmäßig wiederholte Weaning-Versuche - ein defizitäres Bild des eigenen Selbst vermitteln. Das schadet der Entwicklung, der Gesundheit und auch der verlässlichen sozialen Einbettung.

Von zentraler Bedeutung ist ferner, dass es durch die AKI-Richtlinie nicht zu einer Einschränkung des **Personenkreises** kommen darf, der bislang Anspruch auf „*spezielle Krankenbeobachtung*“ nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie hatte. Insbesondere muss auch Versicherten, bei denen die Vitalfunktion „Atmung“ nicht betroffen ist, ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege zustehen, sofern bei ihnen aufgrund täglich möglicher lebensbedrohlicher Situationen die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist. Dies betrifft z.B. Versicherte mit schweren, nicht einstellbaren Epilepsien.

Schließlich darf auch die **freie Wahl des Leistungsortes** durch die Qualitätsanforderungen der AKI-Richtlinie nicht gefährdet werden. Diesbezüglich steht insbesondere zu befürchten, dass die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit strukturell verhindert werden könnte, weil qualifizierte Fachärzt*innen zur Erhebung des Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials nicht flächendeckend zur Verfügung stehen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust
(Geschäftsführerin)
**Bundesvereinigung
Lebenshilfe e.V.**

Dr. Janina Jänsch
(Geschäftsführerin)
**Bundesverband für körper-
und mehrfachbehinderte
Menschen e.V.**

Barbara Heuerding
(Geschäftsführerin)
**Bundesverband evange-
lische Behindertenhilfe e.V.**

Janina Bessenich
(Geschäftsführerin)
**Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.**

Ina Krause-Trapp
(Geschäftsführerin)
**Bundesverband anthropo-
sophisches Sozialwesen e.V.**

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: /Pflegerkräfte
			<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 Anthropoi 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>		

Beatmung bzw. die Trachealkanüle dauerhaft indiziert ist, wird die Richtlinie deshalb insgesamt nicht gerecht.

Im Einzelnen:

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.

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>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>
		<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 Versorgung 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	<p>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.</p>	<p>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-</p>	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.						



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 Beschlusssentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

			NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.	
			16.07.2021	
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: /Pflegerkräfte	
			Ja	Angesichts des hinlänglich bekannten Mangels an Pflegekräften und Pflegefachkräften muss die Sicherstellung der Versorgung Priorität vor dem Nachweis bestimmter Qualifikationen haben.

§ 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.
§ 1	Absatz 2		
§ 1	Absatz 3		<p>Einfügen eines neuen Satz 4: „Dabei sind die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere der Art. 7 und 23 umzusetzen.“</p> <p>Der Verweis auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) an dieser Stelle ist unerlässlich. Immerhin normiert Art. 7 Abs. 3 UN-BRK,</p> <ul style="list-style-type: none"> • dass Kinder mit Behinderungen das Recht haben, ihre Meinung frei zu äußern; • dass ihre Meinung angemessen berücksichtigt wird; • und dass sie behinderungsgerechte und altersgemäße Assistenz erhalten. <p>Nach Art. 23 Abs. 3 UN-BRK „verpflichten sich die Vertragsstaaten, Kinder mit Behinderungen und ihren Familien frühzeitig umfassende Informationen, Dienste und Unterstützung zur Verfügung zu stellen.“</p> <p>Hier muss das Selbstbestimmungsrecht von behinderten Kindern und Jugendlichen und ihren Familien geachtet werden. Eine Übernahme von pflegerischen</p>

			<p>Leistungen durch An- oder Zugehörige darf deshalb nur mit allseitiger Zustimmung stattfinden. Immerhin ist zu bedenken, dass Jugendliche sich in einem bestimmten Alter von ihren Eltern abgrenzen und dann sicherlich nicht mehr wollen, dass pflegerische Leistungen von diesen erbracht werden. Außerdem dürfen nicht behinderte Geschwister nicht vernachlässigt werden.</p> <p>Alter Satz 4: Was genau ist hier mit „Ressourcen“ bzw. mit der Förderung der „Ressourcen im häuslichen Umfeld“ gemeint?</p>
§ 1	Absatz 4	<p>5. sonst an einem geeignetem Ort, insbesondere unter anderem in betreuten Wohnformen, in Schulen, in Kindertagesstätten, in Werkstätten für behinderte Menschen oder einem anderen aus Sicht des oder der Versicherten geeigneten Ort.</p> <p>(Ergänzungen kursiv)</p>	<p>In Art. 19 UN-BRK ist das Menschenrecht auf freie Wahl von Wohnort und Wohnform festgeschrieben. Niemand darf aufgrund seines Unterstützungsbedarfs gezwungen werden, in besonderen Wohnformen zu leben. Das bedeutet, dass die pflegerische Unterstützung der selbst gewählten Wohnort folgen muss und nicht umgekehrt.</p> <p>Uns ist zwar bewusst, dass der Terminus „insbesondere“ aus dem Gesetzestext übernommen wurde. Da er aber so viel bedeutet wie „fast ausnahmslos“ und er es somit den Betroffenen schwerer macht, davon abzuweichen, plädieren wir für die Formulierung „unter anderem“, was eher den Vorgaben der UN-BRK</p>

				entspricht und sicherlich auch im Sinne der Gesetzgebenden ist.
§ 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). 	
			Streichen	<p>Wir verweisen wiederum auf Art. 19 UN-BRK, s.o.</p> <p>Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf § 37c Abs. 2 Satz 3 SGB V, wonach ein Sicherstellungsauftrag am Ort der selbst gewählten Leistungserbringung den Kassen obliegt. Das heißt, dass die notwendigen Unterstützungsleistungen ohne Kürzungen am selbst gewählten Leistungsort zu erbringen und eventuelle Nachbesserungen zulasten der Kassen vorzunehmen sind.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5		PatV: kann soll	

		Satz 1/ Satz 2	ja, s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2		<p>Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten, welches mit dem oder der Versicherten zu bestimmen ist. Therapieziele sind <i>beispielsweise</i> (Ergänzungen kursiv)</p>	<p>Hier sind die in der UN-BRK normierten Rechte auf Selbstbestimmung (u.a. Art. 3 a) und Partizipation (u.a. Art. 3 c und Art. 4 Abs. 3) unbedingt zu beachten. Wenn von einem patientenzentrierten Therapieziel gesprochen wird, dann muss der oder die Pati-</p>

					ent*in in die Bestimmung dieses Ziels auch einbezogen werden. Sonst handelt es sich bei „patientenzentriert“ lediglich um eine leere Worthülse.	
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

§ 2	Absatz 4	s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung			Bitte auch die Ausführungen zur Selbstbestimmung und Partizipation (s.o.) beachten			
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1	Ja zum PatV-Vorschlag „sein kann“			s. Begründung der PatV in den Tragenden Gründen			
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur soforti-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeig-	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>gen 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>neten 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 ge-</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			nauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2						
§ 3	Absatz 3		s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung		Bitte auch die Ausführungen zur Selbstbestimmung und Partizipation unter § 2 Abs. 2 beachten		
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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	PatV: (3) ¹Zeigt 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	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3		Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			

	Abs. 4 bzw. 5		Ja zum PatV-Vorschlag		Im Sinne der Würde und der Selbstbestimmung der Betroffenen (s. Grundgesetz und UN-BRK) muss es Wahlmöglichkeiten geben, die dem Einzelfall angepasst werden können. Es ist nicht für alle beatmeten Patient*innen sinnvoll, vor jeder Neuverordnung persönlich untersucht zu werden. Deshalb muss es Alternativen geben.	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			
			s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung			
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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.			

			Ja zum PatV-Vorschlag		s. Begründung der PatV in den Tragenden Gründen			
§ 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		
			Ja zum PatV-Vorschlag		s. Begründung § 3 Abs. 4 bzw. 5 Satz 1			
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation					
			Ja zum PatV-Vorschlag		s. Begründung der PatV in den Tragenden Gründen			
			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					
Ja!			Selbstbestimmung		
KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)					
Ablehnung eines Ethik-Fallgesprächs			Wesentliche Grundprinzipien der UN-BRK wie Selbstbestimmung, Partizipation, Barrierefreiheit werden in der bisherigen Praxis der Ethik-Fallgespräche nicht umgesetzt.		
KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität					
ja			Lebensqualität kann nur von der einzelnen Person subjektiv beurteilt werden. Die Lebensqualität stellt das entscheidende Kriterium für alle Interventionen dar		
PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren		GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren		PatV	
				GKV-SV, KBV	
ja			Die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren ist wichtig, um nicht nur auf medizinische Parameter		

					zu schauen und ein ganzheitlicheres Bild zu erhalten.	
§ 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:
			ja		Ärzt*innen und Patient*innen sollten im Sinne der Selbstbestimmung entscheiden und nicht einen vorgegebenen Kriterienkatalog abhaken, der im Zweifelsfall keinen Sinn macht.	
			PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationsscreening	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			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		Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ² Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			

	Abs. 8 oder 9					
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte						
§ 4	Absatz 1		s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung			
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>KBV, PatV, DKG: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>7. Notfallsituatio- nen und</p> <p>8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter verfügen.</p>		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1				
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
			Ja, insbesondere zur Telemedizin		Der Einsatz digitaler Möglichkeiten verringert die Belastungen für die Betroffenen	
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung			
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolon-	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der pro-	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			gierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	longierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
				Ja	s. Tragende Gründe	
			PatV zusätzlich: , 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.			
			Ja zum PatV-Vorschlag		s. Tragende Gründe	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			

§ 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>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>
			<p>s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung</p>		<p>Ohne Barrierefreiheit gibt es keine gleichberechtigte Teilhabe. Deshalb hat Barrierefreiheit einen hohen</p>	

					Stellenwert in der UN-BRK und muss überall realisiert werden.	
§ 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		Änderungsvorschlag (Änderungen kursiv): „... Verordnung eine Erörterung und gemeinsame Festlegung der individuellen Therapieziele durch die mit der verordnenden		s. Begründung zu § 2 Abs. 2	

			Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und mit der oder dem Versicherten durchzuführen.“	
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Ja	
§ 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		s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung		
§ 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.		
			Ja zum PatV-Vorschlag		s. Tragende Gründe
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV PatV
			Streichen		s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll		
			Zustimmung zum PatV-Vorschlag mit folgender Ergänzung (kursiv): „ ... überprüfen, was auch telemedizinisch erfolgen kann.“		Die soll-Formulierung ermöglicht am Individuum orientierte Entscheidungen.

				Der Einsatz digitaler Möglichkeiten trägt zur allseitigen Entlastung bei.		
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 7	Absatz 1					
§ 7	Absatz 2					
§ 7	Absatz 3					
§ 7	Abs 3	Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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	PatV: ² Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse die Versorgung	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³Die 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.</p>	<p>durch einen Leistungserbringer oder eine von der oder dem Versicherten selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
			<p><i>Ergänzung (kursiv): „Stellt die Krankenkasse einen Beratungsbedarf fest, so klärt sie mit der oder dem Versicherten, wer als unabhängige*r Berater*in (z.B. Peer Counselor*in; EUTB-Berater*in; Vertrauensperson) hinzugezogen werden soll und organisiert eine entsprechende (bei Bedarf digitale) Beratung.“</i></p>	<p>Ja zum PatV-Vorschlag</p>	<p>Beratung an sich ist sinnvoll, wenn sie sich am Betroffenen orientiert und nicht von anderen Interessen geleitet ist. Deshalb muss zur Unterstützung des oder der Patient*in ein*e unabhängige*r Berater*in bzw. eine Vertrauensperson des oder der Betroffenen hinzugezogen werden.</p>	<p>s. Tragende Gründe</p>
§ 7	Abs. 4		GKV-SV, KBV:	DKG:	GKV-SV, KBV	DKG

		Satz 3 oder 4	<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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis	<p>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</p>			

		Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	<p>DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

§ 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		Streichen		s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung	
§ 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.	
§ 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	
			Ja zum PatV-Vorschlag	Die Vorgaben des Art. 19 UN-BRK zur freien Wahl von Wohnort und Wohnform müssen respektiert werden.

					Dieses Menschenrecht ist höherrangig als eine G-BA-Richtlinie.	
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

				Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
			Nein	Ja zum PatV-Vorschlag	Hier sollen Kosten gespart werden, indem An-/Zugehörige unentgeltlich Leistungen übernehmen, für die die Kassen aufkommen müssten. Wo bleibt da die Selbstbestimmung der Betroffenen? Werden diese immer noch nur als Objekte der Fürsorge und immer noch nicht als selbstbestimmte Subjekte mit den gleichen Rechten gesehen?	Wenn es mit den Grundsätzen von Wahlfreiheit und Selbstbestimmung vereinbar ist, können An- und Zugehörige Aufgaben übernehmen. Dabei ist darauf zu achten, dass die (Menschen)Rechte aller Beteiligten geachtet werden.
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: [Absatz streichen]	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung		Ergänzung zur Begründung der LIGA Selbstvertretung: Das Selbstbestimmungsrecht ist ein ganz grundlegendes Menschenrecht, das nicht nur in der UN-BRK und	

			<p>im Deutschen Grundgesetz verankert ist, sondern es nach vielen Protesten und Interventionen der Betroffenen sogar ins IPreG geschafft hat. Die G-BA-Richtlinie zur Umsetzung des Gesetzes sollte das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen entsprechend achten und nicht aushebeln.</p>			
			<p>PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen</p>			
			<p>s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung</p>			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu	GKV-SV: sind verpflichtet	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	<p>GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.</p>			
§ 10	Absatz 2 bzw. 3					
§ 10	Absatz 3 bzw. 4					
§ 10	Absatz 4 bzw. 5		<p>s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung</p>			

§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
				s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden	PatV: ¹ 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 Fa-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>miliensituation 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>		
				s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung		
§ 10	Absatz 7 bzw. 8			s. Stellungnahme LIGA Selbstvertretung		
			KBV, PatV:	DKG, GKV-SV:	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

§ 10	Abs. 7 bzw. 8		¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
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.			<p>Sowohl in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 als auch in allen UN-Menschenrechtskonventionen einschließlich der UN-BRK wie auch im Deutschen Grundgesetz geht es zuallererst um den Schutz der Menschenwürde. Diesem Auftrag ist auch der G-BA verpflichtet.</p> <p>Wenn aber Menschen wie Objekte behandelt, fremdbestimmt und ihrer grundlegenden Menschenrechte (wie der freien Wahl von Wohnort und Wohnform) beraubt werden, so stellt das einen massiven Angriff auf ihre Menschenwürde dar. Deshalb muss diese Richtlinie so formuliert werden, dass der Würde und dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen (unabhängig von ihrem aktuellen Gesundheitszustand oder einer Beeinträchtigung) immer höchste Priorität eingeräumt wird. Die Vorschläge dazu liegen auf dem Tisch.</p>			

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.

			Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR)
			2021-07-19
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: /Pflegerkräfte
§ 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.

§ 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).
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5		PatV: kann soll

		Satz 1/ Satz 2		
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3		<p>BNR zusätzlich:</p> <p>Vor allem bei Versicherten mit ausgeprägten neurologischen und/oder neuropsychologischen Defiziten sollen folgende Ziele angestrebt werden:</p>	Gerade auch in späteren (Pflege-)Stadien der Versorgung verdienen die genannten cerebralen Besonderheiten eine herausragende Beachtung, da sie in ihrer

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduktion von Schluckstörungen und Prävention weiterer Probleme durch Trachealhygiene 2. Verbesserung sensomotorischer Defizite durch interdisziplinäre multiprofessionelle Therapie 3. Verbesserung der Vigilanz 4. Verbesserung spezifischer neuropsychologischer Defizite (kognitiv, hirorganisch) 5. Aufbau sprachlicher und allgemeiner kommunikativer Fähigkeiten 6. Förderung von Introspektion und Interaktion 7. Vermeidung/Verbesserung psychischer Erkrankungen (Angst, Depression) 	Gesamtheit auch in größeren Zeitabständen zur Entlassung aus Akut- und Rehabehandlung die Grundlage für ein späteres erfolgreiches Weaning bilden.		
§ 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	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

				nach § 3 Absatz 6 festgestellten 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							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen	PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

			einer Pflegefachkraft notwendig ist.	Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3	BNR Dem Vorschlag von GKV-SV und KBV wird zugestimmt mit folgendem Änderungsvorschlag: ² 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. Bei Versicherten mit primär oder überwiegend neurologischer				In Fällen von überwiegend neurologischer Grunderkrankung oder mit überwiegend neurologischer Symptomatik sind aufgrund ihres Aufbaus und ihrer Expertise in den unter § 2 Abs. 3 genannten Zielbereiche vor allem Einrichtungen geeignet die qualitativ und quantitativ das entsprechende Personal vorhalten.		

		<p>Grunderkrankung sind dies Abteilungen der neurologischen Frührehabilitation mit ausgewiesener Expertise für das prolongierte neurologische Weaning.</p>			
§ 3	Abs. 3	<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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.</p>	GKV-SV, KBV	PatV

			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.	tung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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.					
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			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		Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ² Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			

	Abs. 8 oder 9					
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<ul style="list-style-type: none"> 7. Notfallsituatio- nen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter verfügen. 		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 be- darf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 4	Absatz 2				
§ 4	Abs. 2	Satz 1	<p>DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹Erfolgt die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege für beatmete Versi- cherte 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 Fach- ärztinnen und Fachärzte</p> <ul 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, 		

			für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1				
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
§ 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		
			GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,

§ 5	Abs. 5	Satz 1				
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4</p>	<p>DKG:</p> <p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>verständnis 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>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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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.			
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter Rückzugspflege wird die	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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 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].</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>	<p>GKV-SV</p>
§ 10	Absatz 1 bzw. 2	<p>BNR</p> <p>⁴Bereits in der Versorgung etablierte Kooperationsformen sollen fortgeführt werden, insbesondere sollen</p>		<p>Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten werden zunehmend in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung eingesetzt, dies ist gerade in diesem Bereich der</p>		

			hierfür aber auch telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten geschaffen werden.		poststationären und/oder postrehabilitativen Langzeitversorgung für den Aspekt der gesetzlich zugesicherten Teilhabe wegen seines Mehrwertes notwendig.		
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung				
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen				
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden	PatV: ¹ 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	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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					
			KBV, PatV:	DKG, GKV-SV:	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

§ 10	Abs. 7 bzw. 8		¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
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.			Die vorliegende Stellungnahme des Bundesverbandes NeuroRehabilitation (BNR) adressiert zwei Eckpfeiler von basaler Bedeutung: 1) Versicherte haben ein Anrecht auf adäquate medizinische Versorgung zum Erhalt und/oder der Verbesserung sowohl ihrer Gesundheit als auch der Teilhabe. Für die außerklinische Intensivpflege bedeutet dies beim Vorliegen einer neurologischen Grunderkrankung und/oder überwiegend neurologischer Symptome die Versorgung in einem Setting in dem neben den notwendigen intensivmedizinischen Aspekten ein entsprechender neurologischer und/oder neurorehabitativer Sachverstand gewährleistet ist.			

- | | |
|--|---|
| | <p>2) Aufgrund des unstrittigen Mangels nicht nur an entsprechend ausgebildeten Pflegediensten sondern auch in anderen Bereichen der Versorgung (ärztlich, therapeutisch, sozialdienstlich etc.) wird der Einbezug telemedizinischer Versorgungstechniken für unabdingbar gehalten um einen unter den gegebenen Umständen bestmöglichen Zugang zu Gesundheit und Teilhabe zu gewährleisten.</p> |
|--|---|

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.

			Lungenfachklinik Immenhausen
			15.07.2021
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
§ 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.

			Satz 4: (...) nur durch im Bereich der außerklinischen Intensivpflege qualifizierte Pflegekräfte (...)	Bereits hier sollte auf die Notwendigkeit der besonderen fachlichen Qualifikation der Pflegekräfte eingegangen werden, damit diesbezüglich in der gesamten RL Konkordanz besteht.
§ 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). 	
§ 1	Absatz 5			

§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll			
§ 1	Absatz 6					
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.			
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		DKG	GKV-SV, KBV, PatV:	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			<p>(3) ¹Bei 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) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
			<p>Einlassung GKV-SV, KBV, PatV wird von uns befürwortet</p>		<p>Die Zielsetzung der Dekanülierung konkret zu benennen erscheint zwingend, da hiermit auch bereits das Kernziel angesprochen wird. Auf dieses Kernziel arbeiten letztlich auch alle anderen angesprochenen Aspekte hin.</p>	
§ 2	Absatz 4					

§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fäl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>len 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

				bestimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2						
§ 3	Absatz 3						
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
			<p>Diese Formulierung sollte übernommen werden. Ergänzung: Bei Versicher-ten mit unmittelbar bestehendem <u>oder kurzfristig anzunehmendem</u> Potenzial einer Entwöhnung,...</p>		<p>Oftmals bedarf es lediglich weniger Wochen, um eine Stabilisierung zu erreichen, die dann ein strukturiertes, kontinuierliches und am Ende erfolgreiches Weaning möglich macht. Akutkrankenhäuser finden sich jedoch in dem wirtschaftlichen Konflikt,</p>	

					<p>dass diese Stabilisierungszeit nicht mehr im Rahmen der Akutbehandlung erfolgen kann. Eine Entlassung in eine Einrichtung zur außerklinischen Beatmung erscheint bei diesen Patienten kontraproduktiv. Es bedarf bei dieser Ersteinschätzung des vorhandenen Weaningpotenzials bzw. des kurz- bis eventuell auch mittelfristig (Zeitraum bis 6 Monate in die Zukunft) vorhandenen Potenzials einer hohen fachlichen Expertise und gleichzeitig muss der Patient dem einschätzenden Arzt bereits gut bekannt sein.</p>	
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3		Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			

	Abs. 4 bzw. 5					
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			Einlassung der GKV-SV, KBV, DKG sinnvoll. Noch zu- sätzlich: Bei Versicherten ohne Aussicht auf eine Ver- besserung des Krankheitsbildes und mit einem daraus resultierenden nicht zu erwartendem Weaningpoten- zial ist eine Erhebung einmal jährlich ausreichend und kann bei zwei Jahren in Folge ausgebliebenem Weaningpotenzial in Absprache mit den Kostenträgern zeitlich variiert oder beendet werden.	Hier eine zeitliche Mindestvorgabe zu setzen erscheint sinnvoll, allerdings muss es auch eine Ausnahmerege- lung für Versicherte ohne Hoffnung auf eine Verbesse- rung der Befundkonstellation und damit einer fehlen- den, auch langfristig nicht zu erwartenden Aussicht auf ein Weaningpotenzial geben.		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	PatV zusätzlich: ¹⁰ Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei jun- gen 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 psychomoto- rischer Entwicklungsstand vorliegt, ist in den Fällen nach Satz 9 eine erneute Erhebung nicht mit jeder Folgever- ordnung verpflichtend. ¹¹ 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 Erhe- bung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			

			Sollte übernommen werden.		s. o. (§3, Abs. 5 bzw. 6, Satz 5)			
§ 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		
1. c) Wachheit- und Kooperationsfähigkeit des Patienten (z.B. Richmond-Agitation-Sedation-Score, Schmerzskala NRS)		Insgesamt ist mehr als nur die Sedierung zu berücksichtigen. Auch Aspekte der Übererregung (z. B. Delir) müssen erfasst werden. Inhaltlich geht es ja um die Möglichkeit des Versicherten zur adäquaten und zielgerichteten Mitarbeit.						

			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				
		Ja, sollte übernommen werden.				
		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	

			Erscheint verzichtbar	Nicht klar, was das sein soll.	Psychosoziale Faktoren spielen bei der Beurteilung der Lebensqualität ohnehin eine große Rolle	Welche geeigneten Verfahren sollen das? Müsste dann spezifiziert werden.
§ 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).			
			Erscheint sinnvoll, OPS-Ziffer 1-717.- einfügen.		Nicht in allen Bereichen sind die OPS-Bezeichnungen klar, daher sollte diese konkret angegeben werden, um Missverständnissen vorzubeugen.	
§ 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:	KBV, GKV-SV:	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
				Das sollte übernommen werden.		Hier die fachlichen Anforderungen zur Ermittlung des Schluckaktes und einer ggf. vorhandenen Aspirationsneigung zu beschreiben ist sinnvoll und eine gute Handlungsanweisung.
			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			
			Sollte wegfallen		s. o. : unklar, welche Verfahren das sein sollen.	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<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: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ol style="list-style-type: none"> 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.		
				<p>Sollte übernommen werden mit Ergänzung Oder mit einem Beatmungs-/Weaning-Zentrum kooperieren und mit diesem Fallbesprechungen durchführen können.</p>		<p>Um hier den hausärztlich tätigen Vertragsärzten/ Vertragsärztinnen die Weiterversorgung ihrer Patienten auch bei diesen sehr fachspezifischen Fragen zu ermöglichen sollten die Qualifikationsanforderungen des/ der einzelnen nicht zu hoch gesetzt werden. Sofern eine Kooperation mit in diesen</p>

						Fragestellungen erfahrenen Kollegen besteht, erscheint die individuelle Qualifikation nicht vordergründig. In der Praxis zeigt sich auch häufig, dass auch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen mit diesen Qualifikationen Schwierigkeiten bei der Beurteilung des Entwöhnungspotenzials haben, da dies nicht (mehr) alltägliche Fragestellungen sind.
§ 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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			

			<p>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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>
			<p>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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
			PatV zusätzlich: , <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. 			
			b., c., d. sollten wegfallen; e. kann nachvollzogen werden.	Erscheint als inhaltliche Aufweichung, da dadurch der Fokus von Erfahrung im Bereich Beatmungsmanagement und Einschätzung einer möglichen Beatmungsentwöhnung wegrückt.		

§ 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>			
			<p>Sollte übernommen werden, um diesen verpflichtenden Aspekt für die Krankenhäuser nochmal zu festigen. OPS-Ziffer zusätzlich benennen: 1-717.-.</p>	<p>Erhebung gemäß OPS 1-717.- ist für Krankenhäuser verpflichtend bei Verlegung/Entlassung tracheotomierter oder intubierter Patienten. Dies hier aber nochmal zu betonen erscheint sinnvoll. OPS-Ziffer sollte konkret benannt werden.</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</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>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>

			Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.			
			Wird befürwortet		Schafft Klarheit und Transparenz über den Veröffentlichungsort und die Aktualität der Angaben.	
§ 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	
			Sinnvolle Ergänzung	Diese Ergänzung erscheint zur Weichenstellung für den weiteren Verlauf sehr sinnvoll.
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			

§ 6	Absatz 3				
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements					
§ 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.]	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	DKG, GKV-SV, KBV PatV

			<p>² oder ³ 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.</p>	<p>selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
			<p>Das ist zu befürworten.</p>		<p>Damit ist die Zusammenarbeit von Krankenkasse und Versicherten gestärkt und festgelegt.</p>	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 §</p>	<p>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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>DKG</p>

			132I Absatz 5 SGB V bestehen.	§ 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		
§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch 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
			Fünf Tage sind mindestens erforderlich	Das ist zu wenig Bearbei- tungszeit	Es bedarf sicherlich dieser Bearbeitungszeit, damit hier keine Ausfälle entste- hen.	Schlichtweg zu wenig Be- arbeitungszeit.
§ 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.			
§ 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					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>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>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. 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		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen ein-	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			<p>einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.</p>	<p>schließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.</p>		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	<p>KBV, DKG, GKV-SV: ¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder</p>	<p>PatV: ¹Eine 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. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertrags-</p>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	arzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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:
	Sinnvoll		Hier konkret zu werden und eine nachvollziehbare, transparente Struktur zu schaffen ist sehr wichtig, damit eine Vereinheitlichung und Transparenz geschaffen wird.	
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.				

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 Beschlusentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

			Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.		
			19.07.2021		
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		
§ 1	Abs. 1	Satz 5	GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.		

§ 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). 	
			Diese Ergänzung unterstützen wir nicht, eine Eingrenzung auf Orte, an denen sich der/die Versicherte regelmäßig aufhält, halten wir nicht für angemessen.	
§ 1	Absatz 5			

§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			Diese Änderung unterstützen wir: Ausnahmen müssen möglich sein, so ist beispielsweise bei StäB eine entsprechende intensivpflegerische Behandlungspflege nicht automatisch sichergestellt	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			

§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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.</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--	--

§ 3	Absatz 2						
§ 3	Absatz 3						
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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 spe-</p>	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>tung 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>zialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</p>			
			<p>Diese Ergänzung unterstützen wir, da davon auszugehen ist, dass ein regelmäßiger persönlicher ärztlicher Kontakt so oder so obligat ist.</p>			
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					

§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei jun- gen 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 psychomo- torischer Entwicklungsstand vorliegt, ist in den Fällen nach Satz 9 eine erneute Erhebung nicht mit jeder Folge- verordnung verpflichtend. ¹¹Die 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 er- neuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Die Ergänzung unterstützen wir, sie stellt eine sinnvolle Alternative dar.			
§ 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			
			Wir unterstützen diese Ergänzung, da Lebensqualität für dieses Klientel von besonderer Bedeutung ist (s.a. Ziele der AKI).			
			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
		Wir unterstützen diese Formulierung unter folgender Ergänzung: ... nachgewiesen durch ein standardisiertes Messverfahren			
		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			
			Wir unterstützen diese Ergänzung, da Lebensqualität für diese Klientel von besonderer Bedeutung ist (s.a. Ziele der AKI).			
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			
			Wir unterstützen diese Ergänzung, der Einsatz sachgerechter Messinstrumente ist für eine aussagekräftige Bewertung notwendig.			
§ 3	Abs. 8 oder 9	Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Bei 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 Erwach-	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>senenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			Wir unterstützen diese Variante im Sinne der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.			
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 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</p>	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		
			Wir unterstützen diese Variante im Sinne der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.			

§ 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	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ²Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			PatV zusätzlich: , 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Qualifikationen	KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach § 4 Absatz 1, Absatz [2 bzw. 3] und	PatV, GKV-SV	KBV

			nach § 4 verfügen und veröffentlicht sie barrierefrei im Internet. ² Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	Absatz [3 bzw. 4] werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.		
§ 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	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.</p>	<p>PatV: [streichen]</p>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 7	Absatz 1					
§ 7	Absatz 2					
§ 7	Absatz 3					
§ 7	Abs 3	Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der	PatV: ²Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse die Versorgung	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>2 oder 3 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.</p>	<p>durch einen Leistungserbringer oder eine von der oder dem Versicherten selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <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 §</p>	<p>DKG:</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 de-</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>132I Absatz 5 SGB V bestehen.</p> <p>nen 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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p> <p>Als Leistungserbringer können Heilmittelerbringer hier ihre Behandlung insbesondere im Bereich Verbesserung der Atmung sowie (Teil)mobilisation) und ADL-Fähigkeiten (vgl. S. 5 § 2 Ziele und Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege erbringen sowie in dieser Tabelle unter Sonstiges)</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>		

§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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.			
§ 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					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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. 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		KBV, DKG, PatV: [Absatz streichen]	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2		Stärkung des multiprofessionellen Ansatzes: (1) bzw. (2) Die an der außerklinischen Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weitere Angehörige von Gesundheitsfachberufen			

			<p>arbeiten im Rahmen eines Netzwerks eng zusammen. Dazu gehören, ausgerichtet am individuellen Bedarf der oder des Versicherten, Teambesprechungen aller beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Angehörigen von Gesundheitsfachberufen mit klar definierten und dokumentierten Absprachen, insbesondere in Bezug auf die Therapieziele.</p> <p>Anm.: aus Sicht der Heilmittelerbringer sollten hier die Therapieziele klar besprochen werden.</p>				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung				
			Wir unterstützen diese Ergänzung ausdrücklich, sie ist Ausdruck partizipativer Haltung und notwendig für ein Gelingen des Versorgungsgeschehens				
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen				
			Wir unterstützen diese Ergänzung ausdrücklich, sie ist Ausdruck partizipativer Haltung und notwendig für ein Gelingen des Versorgungsgeschehens				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu	GKV-SV: sind verpflichtet	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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10		Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV:	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

	Abs. 5 bzw. 6		<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 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>¹Eine 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. 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</p>		
--	------------------	--	--	---	--	--

				angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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			Physiotherapeuten sind ausgebildet, ihre Position insbesondere in Bezug auf die Umsetzung folgender Maßnahmen auch im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege einzunehmen: Vgl. S5 §10			

Aspekte Ihrer Stellungnahme.

2 oder 3 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. 4 oder 5 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,

Stellungnahme des Deutschen Kinderhospizvereins e.V. zum Beschlussentwurf des G-BA über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-Richtlinie)

Vorbemerkung

Das am 23. Oktober 2020 in Kraft getretene Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz und der vorliegende Beschlussentwurf für die Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege (AKI-RL) zielen darauf hin, die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit einem intensivpflegerischen Versorgungsbedarf in einen eigenständigen Leistungsanspruch auf außerklinischer Intensivpflege zu überführen.

Der neu eingeführte §37c SGB V regelt hierbei ausdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, 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 bestimmt. Der Gesetzgeber hat damit deutlich gemacht, dass die Lebensumstände von jungen Menschen, die seit dem Kindesalter dauerhaft auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, getrennt von den Belangen der überwiegend geriatrischen und häufig multimorbiden Patient*innen zu betrachten sind. In dem vorgelegten Entwurf der Richtlinie sehen wird dies nur unzureichend berücksichtigt.

Kinder, Jugendliche und junge Volljährige, die von Geburt an oder durch Ereignisse im Laufe ihres Lebens dauerhaft auf eine intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, waren vor etwa 30 Jahren der Auslöser für die Etablierung einer intensivmedizinischen Versorgung außerhalb von Krankenhäusern. Versicherte dieser Patient*innengruppe sind zumeist ein Leben lang auf Intensivpflege angewiesen, wobei die Lebenserwartung stetig zunimmt, und Versorgungen vermehrt über Jahrzehnte andauern. Trotz der besonders langen Versorgungsdauer ist die Größe dieser Patient*innengruppe in den vergangenen Jahren im Verhältnis zur Gesamtzahl der außerklinisch beatmeten Patient*innen nicht signifikant angestiegen (vgl. S. Schwarz et.al. Entwicklung der stationären Einleitungen und Kontrollen einer außerklinischen Beatmung in Deutschland; Deutsches Ärzteblatt, Heft 23, 11. Juni 2021). Die angemessene Berücksichtigung der Belange junger Patient*innen hat daher auch weder zu der in der Gesetzesbegründung aufgeführten Zunahme der Versorgungsfälle in der außerklinischen Intensivpflege beigetragen, noch ist bei diesen Patient*innen unter Berücksichtigung der den Bedarf an künstlicher Beatmung auslösenden Grunderkrankungen eine fehlende Ausschöpfung von Entwöhnungspotentialen zu beklagen. Da die weit überwiegende Anzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Haushalt der Familie leben und häufig nach Erreichen der Volljährigkeit in einen eigenen Haushalt ziehen, sind in diesen Fällen auch keine finanziellen Fehlanreize für den gewählten Ort der Versorgung festzustellen. Dagegen führt in dieser Altersgruppe insbesondere der Mangel an geeigneten Pflegefachkräften zu erheblichen zusätzlichen Belastungen für die betroffenen Familien. Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen werden in ungeregeltem Umfang zur Ersatzpflege herangezogen, um die Versorgungssicherheit durch ihre ständige Anwesenheit und Interventionsbereitschaft bis zu 24 Stunden/Tag zu gewährleisten. Nicht selten wird dadurch eine geregelte Erwerbstätigkeit der Angehörigen verhindert und die selbstbestimmte Lebensführung der Betroffenen und ihrer Angehörigen anhaltend eingeschränkt. Für die bedarfsgerechte Versorgung dieser Patient*innen ist es daher von besonderer Bedeutung, dass die Möglichkeiten einer altersentsprechenden Entwicklung und Teilhabe am Leben bei der Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege im Sinne der Gleichberechtigung berücksichtigt werden und die Versorgungssicherheit durch geeignete Leistungserbringer nach §132I am gewünschten Ort der

Versorgung gewährleistet wird, um unzumutbare Belastungen für die Familie zu verhindern. Neue Anforderungen an den Leistungsanspruch auf außerklinischer Intensivpflege müssen darüber hinaus den damit verbundenen zusätzlichen Aufwand für die Versicherten und ihre Angehörigen berücksichtigen. Insbesondere ist in Hinblick auf die Qualifikationsanforderungen an die ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringer eine einheitliche und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.

Anforderungen an die außerklinische Intensivpflege

Für den DKHV e.V. und die ihm angeschlossenen Familien, Einrichtungen und Organisationen ist es von zentraler Bedeutung, dass bei der Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege insbesondere die Belange von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, die seit dem Kindesalter anhaltend auf eine intensivpflegerische Versorgung angewiesen sind, in angemessener Weise berücksichtigt werden und dem Selbstbestimmungsrecht sowie dem Schutzbereich der jungen Versicherten und ihrer Familien Rechnung getragen wird.

Dabei sind die folgenden wesentlichen Punkte für die Erstfassung der AKI-Richtlinie zu berücksichtigen:

- **Auch Versicherte, bei denen nicht täglich lebensbedrohliche Komplikationen auftreten, sind im Leistungsbereich der außerklinischen Intensivpflege zu berücksichtigen**

Der Leistungsanspruch von Versicherten ohne Beatmung, bei denen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege wegen regelmäßig wiederkehrenden lebensbedrohlichen Komplikationen jederzeit unvorhersehbar erforderlich werden können, muss weiterhin auch in den Fällen, bei denen nicht täglich lebensbedrohliche Komplikationen auftreten, im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege berücksichtigt werden. Bei dieser Patient*innengruppe handelt es sich häufig um Versicherte, mit angeborenen neurologischen Erkrankungen, wie zum Beispiel nicht einstellbaren Epilepsien in Verbindung mit Schluckstörungen. Auch in diesen Fällen ist die Versorgungssicherheit, insbesondere zu Nachtzeiten und während der Teilnahme an Bildungs- oder Teilhabeangeboten nach §37c SGB V, zu gewährleisten, wenn nach Einschätzung des behandelnden Facharztes die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum erforderlich ist. Wiederholt zeigen Gerichtsverfahren auf (z.B. SG München, Beschluss vom 23.04.2020, Az. S 15 KR 393/20 ER), dass es nach geltender Rechtsauffassung für die Anerkennung des Leistungsanspruchs auf pflegerische Maßnahmen ausreichend ist, wenn die hohe Gefahr von gegebenenfalls lebensgefährdenden Komplikationen jederzeit die Einsatzbereitschaft einer medizinischen Fachkraft zur sofortigen Intervention erfordert.

Eine Begrenzung der Leistungspflicht auf Fälle, bei denen mit Verweis auf Position 24 der Anlage 1 zur HKP-Richtlinie pflegerische/ärztliche Interventionen bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sind, wird insbesondere dem Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht. Die Teilnahme an altersentsprechenden Angeboten zur Bildung und Teilhabe setzt entsprechend der Formulierung in den Rahmenempfehlungen zur HKP-Richtlinie §4 (2) auch in den Fällen, bei denen akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können, die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft voraus, um in geeigneter Weise zu intervenieren und die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Eine Reduzierung des Leistungsanspruchs in den Fällen, in denen nicht täglich lebensbedrohliche Komplikationen auftreten, auf eine nur noch „allgemeine Krankenbeobachtung“ würde zudem auch bei einem 24/7 anhaltenden Bedarf in den Bereich der Pflegekasse fallen und nur noch in sehr begrenztem Umfang abgerechnet werden können. Betroffenen und ihren Angehörigen bliebe dann nur die Wahl, die Krankenbeobachtung zu Tages- und Nachtzeiten selbst zu erbringen, was in geeigneter Weise nicht rund um die Uhr geleistet werden kann, oder Hilfe zur Pflege als Sozialleistung zu beantragen. Bei minderjährigen Versicherten führt dies wegen der hohen finanziellen Belastung nicht selten zur Sozialhilfeabhängigkeit der gesamten Familie. Die mit der Änderung des §37 (2) SGB V im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2006 formulierte Begründung, dass Leistungen nach dem SGB V auch dazu beitragen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vor finanzieller Überforderung zu schützen (BT-DS 16/3100, zu Nr. 22 Buchstabe b, S. 105), muss auch im Leistungsbereich der außerklinischen Intensivpflege weiterhin Anwendung finden, um neue hochgradige Belastungen von Familien mit schwer erkrankten Kindern durch die Einführung des eigenständigen Leistungsanspruchs auf AKI ausschließen zu können.

- **Die Häufigkeit verpflichtender Untersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen muss die damit verbundenen zusätzlichen Belastungen von Versicherten und ihren Angehörigen berücksichtigen**

Bei Versicherten, die seit dem Kindesalter chronisch auf eine intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, liegen meist hochkomplexe Krankheitsbilder vor. Die psychomotorische und physiologische Entwicklung verläuft insbesondere bei frühkindlicher Erkrankung nicht regelhaft und erfordert daher eine hochgradig spezialisierte und interdisziplinäre Behandlung. Die Beatmungsindikation erfolgt dabei nicht selten auch unter Berücksichtigung weiterer medizinischer und nicht unmittelbar mit der Beatmung zusammenhängender Faktoren zur Förderung einer altersentsprechenden Entwicklung. Neben den Beatmungsparametern sind dabei beispielsweise auch die körperliche und gesundheitliche Entwicklung, Vigilanz, Lebensfreude und Sprachfähigkeit zu berücksichtigen. Die Beatmung kann in diesen Fällen auch Krankheitsfolgen ausgleichen und den Gesundheitszustand zur Verbesserung der Lebensqualität stabilisieren.

Über das prolongierte Weaning von Versicherten, die seit dem Kindesalter auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, liegen in den einschlägigen Leitlinien keine evidenzbasierten Erfahrungswerte vor. Eine regelmäßige Überprüfung des Entwöhnungspotentials ist bei diesen häufig über Jahrzehnte intensivmedizinisch versorgten Patient*innen wegen mangelnder Aussicht auf vorhandene Potentiale und fehlende Erfahrungswerte für ein erfolgreiches Weaning nicht bedarfsgerecht. Die Erhebung der Beatmungsparameter dient in diesen Fällen vorrangig der entwicklungsbedingten Anpassung zur Therapieoptimierung. Dies erfolgt bisher im Rahmen von Kontrollterminen in Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen, die dem interdisziplinären Versorgungsbedarf dieser Patient*innengruppe Rechnung tragen. Dabei stellen der Aufwand für die An- und Abreise mit einem dauerhaft schwer erkrankten und behinderten Kind und die insbesondere bei Kommunikations- und Bewegungseinschränkungen notwendige Begleitung durch die Angehörigen zu Arztbesuchen und Klinikaufenthalten, für die Betroffenen und ihre Familien eine erhebliche Belastung dar. Die Schaffung von ambulanten Angeboten für die regelmäßige, interdisziplinäre Kontrolle und Anpassung der hochkomplexen Versorgungen wäre daher ausdrücklich zu begrüßen.

Allerdings sind unter Berücksichtigung der Komplexversorgung und der gesundheitlichen Entwicklungsperspektiven dieser Patient*innengruppe zusätzlich verpflichtende Untersuchungen zur Potentialerhebung durch Ärzt*innen, die nicht für die Behandlung der Grunderkrankung qualifiziert sind, eine erhebliche zusätzliche Belastung. Wenn kein Weaningpotential absehbar ist und der Gesundheitszustand sich nicht wesentlich verändert, sind verpflichtende zusätzliche Facharztbesuche für die regelmäßige Ausstellung von Folgeverordnungen mehrmals im Jahr nicht angemessen. In diesen Fällen sind Erhebungen zur Therapieoptimierung für die qualitätssichernde Versorgung in der Regel einmal im Jahr ausreichend. Der Zeitpunkt muss dabei mit Rücksicht auf

die fortlaufende Behandlung und die begrenzten fachärztlichen Kapazitäten unabhängig vom Termin der Folgeverordnung möglich sein.

Verpflichtende regelmäßig termingebundene Untersuchungen sind auch mit Rücksicht auf den wechselnden Gesundheitszustand und die damit verbundene begrenzte Transportfähigkeit der Versicherten nicht möglich. Um belastende Fahrtwege zu vermeiden und das Infektionsrisiko in Wartezimmern oder Kliniken zu minimieren, muss die Möglichkeit bestehen, dass die zur Erhebung notwendige fachärztliche Expertise vom verordnenden Arzt auch auf telemedizinischem Wege hinzugezogen werden kann.

Bei kurzfristig erforderlichen Anpassungen der Therapie sowie der konkreten Ausgestaltung der außerklinischen Intensivpflege können die Verordnungen im Rahmen der dann notwendigen Untersuchungen angepasst oder bei Bedarf neu ausgestellt werden.

- **Die Anforderungen an die Leistungserbringer müssen die Erfordernisse einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung berücksichtigen**

Die regelmäßige ärztliche Versorgung von Versicherten, die seit dem Kindesalter einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben, ist für die Betroffenen bisher mit hohen Hürden verbunden. Die hausärztliche Versorgung erfordert aufgrund der schweren und komplexen Erkrankungen einen hohen Behandlungsaufwand. Dazu kommt eine besonders hohe Anzahl von regelmäßigen Verordnungen für Heilmittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmittel, weshalb es für die Betroffenen schwer ist, in Wohnortnähe eine*n Hausärztin*Hausarzt zu finden, die*der bereit ist, die Versorgung zu übernehmen. Zudem können die Praxisräume von den Betroffenen häufig nicht aufgesucht werden, zum Beispiel wegen fehlender barrierefreier Zugänge oder vorhandener Keimbelastungen.

Die fachärztliche Versorgung erfolgt in der Regel in Fachkliniken oder Behandlungszentren, die auf die Behandlung der jeweiligen Grunderkrankung eingestellt sind. Da diese nicht flächendeckend verfügbar und in der Regel stark ausgelastet sind, muss für Kontrolltermine ein erheblicher zeitlicher Vorlauf berücksichtigt werden.

Die im Beschlussentwurf zur AKI-Richtlinie vorgesehene getrennte Betrachtung der verordnenden Ärzt*innen und der zur Erhebung zugelassenen Fachärzt*innen entspricht insofern der gängigen Versorgungspraxis und ist grundsätzlich zu begrüßen. Auch die im §37c geregelte Ermächtigung von Klinikärzt*innen erleichtert im Ansatz die ambulante Versorgung. Um die Versorgungsqualität, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, zu verbessern, muss der flächendeckende Zugang zur ärztlichen Versorgung jedoch nachhaltig erleichtert werden. Weder die flächenhafte Verteilung noch die individuelle Verfügbarkeit bei hoher Auslastung der qualifizierten Klinikärzt*innen wird durch die Ermächtigung eines nur eng begrenzten Kreises der zur Potentialerhebung zugelassenen Fachärzt*innen verbessert.

Um die kontinuierliche Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen zu gewährleisten, müssen die zur Beatmungskontrolle und gegebenenfalls Therapieoptimierung regelmäßig erforderlichen ambulanten Untersuchungen durch fachkundige Ärzt*innen erfolgen, die zur bedarfsgerechten Anpassung der Versorgung die interdisziplinäre Behandlung koordinieren und dokumentieren. Hierfür sind insbesondere Fachärzt*innen in medizinischen Zentren qualifiziert, die auf die Behandlung der jeweiligen Grunderkrankung spezialisiert sind oder Fachärzt*innen, die mit dem individuellen Krankheitsverlauf vertraut sind. Eine Beschränkung der zur Potentialerhebung zugelassenen Ärzt*innen auf Facharztgruppen, die auf Beatmungsentwöhnung spezialisiert sind, ist insbesondere bei Versicherten mit hochkomplexen Erkrankungen, die nicht ursächlich auf Funktionsstörungen der Lunge zurückzuführen sind, nicht bedarfsgerecht. Die begrenzte flächenhafte Verfügbarkeit ambulanter Versorgungsstrukturen stellt dabei eine erhebliche Gefährdung für die Verordnungssicherheit dar.

Für eine bedarfsgerechte Versorgung sind auch Fachärzt*innen mit Erfahrung in der Neurologischen Frühreha Phase B, in Querschnittszentren und in Neuromuskulären Zentren zur Potentialerhebung bei Patient*innen mit entsprechender Grunderkrankung zu ermächtigen. Ebenso Ärzt*innen, mit vergleichbarer Erfahrung in der Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege um insbesondere bei den seit Kindesalter komplexerkrankten Versicherten die Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Dies entspricht der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG 2020, wonach medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen zur Verordnung und Potentialerhebung zugelassen werden, weil ohne sie die ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wäre (BT-DS 19-19368 zu Artikel 1 Nr. 2 Absatz 1, S. 27). Zusätzlich sind hier ermächtigte Krankenhausärzt*innen für Innere Medizin und Pneumologie, für Kinder- und Jugend-Pneumologie, für Anästhesiologie, für Neurologie sowie Intensivmedizin ausdrücklich benannt.

Da bei Versicherten, die seit dem Kindesalter auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, in der Regel kein Entwöhnungspotential vorliegt und aktuelle Leitlinien auch keine evidenzbasierten Erfahrungswerte für die Entwöhnung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen ausweisen, ist durch verpflichtende regelmäßige Kontrolluntersuchungen von Ärzt*innen, die auf Beatmungsentwöhnung spezialisiert sind, keine Verbesserung der Versorgung zu erwarten. Eine hohe Anzahl von nicht bedarfsgerechten Untersuchungen würde zudem die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung an anderer Stelle gefährden.

Eine enge und nicht bedarfsgerechte Begrenzung auf einzelne zur Potentialerhebung zugelassene Facharztgruppen gefährdet die flächendeckende ambulante Versorgung und die Verordnungssicherheit. Diese Begrenzung würde zudem das freie Wahlrecht für den gewünschten Leistungsort einschränken, wenn der für die regelmäßige Ausstellung der Verordnung erforderliche Untersuchungsaufwand insbesondere wegen der langen und belastenden Anfahrtswege, eine Versorgung in Wohnortnähe verhindert.

- **Anforderungen an den Versorgungsort dürfen das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten und die Möglichkeit einer altersentsprechenden Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen nicht behindern**

Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege muss die Teilnahme an altersentsprechenden Bildungs- und Teilhabeangeboten vollumfänglich ermöglicht werden. Anforderungen an den Versorgungsort und insbesondere an die sonstigen geeigneten Orte sind im Rahmen der AKI-Richtlinie auf den Leistungsbereich der in dieser Richtlinie adressierten Leistungserbringer zu begrenzen. Die Forderung, dass Versicherte sich für eine Versorgung an den geeigneten Orten regelmäßig wiederkehrend aufhalten müssen, entspricht nicht der Lebenswirklichkeit von heranwachsenden jungen Menschen, die trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten, ihr Lebensumfeld altersentsprechend erkunden und eine selbstbestimmte Lebensführung erlernen.

Die Forderung nach einer stabilen fach- und sachgerechten Infrastruktur muss im Rahmen der AKI-Richtlinie auf das von Leistungserbringern zur Verfügung gestellte Umfeld beschränkt werden und ist dann ausdrücklich zu begrüßen. Eine Ausweitung dieser Forderung auf den Haushalt des Versicherten oder seiner Familie entsprechen ebenso wenig dem Regelungsumfang dieser Richtlinie wie Anforderungen an Dritte. So unterliegen beispielsweise Schulen oder Werkstätten anderen Regelanforderungen. Die Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur ist zwischen den Einrichtungen und den jeweils zuständigen Kostenträgern unter Berücksichtigung des Versorgungsanspruchs der Betroffenen zu regeln und kann keine Minderung des Leistungsanspruchs aus dem SGB V begründen, insbesondere, wenn damit ein Ausschluss von Bildungs- oder Teilhabeangeboten verbunden ist.

- Die Regelungen zur Beteiligung von An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege (Rückzugspflege) müssen die Versorgungssicherheit auch bei einem zum Beispiel krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen berücksichtigen

In den Rahmenempfehlungen zur HKP-Richtlinie von 2020 wird mit dem Begriff der Rückzugspflege ein strukturierter Prozess beschrieben, der durch Anleitung und Schulung der Angehörigen diese in die Lage versetzt, sich an den krankenpflegerischen Maßnahmen zu beteiligen bzw. diese ganz oder teilweise zu übernehmen. Der beschriebene Prozess mündet in einer Anpassung des ärztlich verordneten Versorgungsumfangs.

Da im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ausschließlich Versicherte versorgt werden, bei denen die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen erforderlich ist, sind hier auch Fallkonstellationen zu berücksichtigen, bei denen die An- und Zugehörigen zum Beispiel krankheitsbedingt kurzfristig ausfallen. In diesen Fällen muss die Versorgung durch den Leistungserbringer nach § 132I sichergestellt werden. Im Rahmen der AKI ist daher eine Reduzierung des ärztlich verordneten Leistungsumfangs nicht zulässig. Der Leistungserbringer muss auch bei einer Beteiligung von An- und Zugehörigen im gesamten Verordnungszeitraum geeignete Pflegefachkräfte zum Einsatz bereithalten. Der Versorgungsumfang reduziert sich dann in dem Maße, in dem die Versorgung durch An- und Zugehörige tatsächlich erfolgt und in der Pflegedokumentation nachgehalten ist.

Wegen der inhaltlichen Nähe der HKP und der AKI sollten für die beschriebenen unterschiedlichen Regelungsinhalte verschiedene Begrifflichkeiten verwendet werden, um Fehlinterpretationen ausschließen zu können. Da der Begriff der Rückzugspflege für die HKP bereits definiert ist, sollte im Rahmen der AKI von einer Beteiligung von An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege gesprochen werden.

Da die außerklinische Intensivpflege besonders hohe Leistungsanforderungen stellt, müssen bei der Anleitung und Schulung der An- und Zugehörigen insbesondere Art, Umfang und Schwierigkeit der pflegerischen Maßnahmen und der sonstigen Anforderungen an die Versorgung strukturiert vermittelt werden. Weiterhin muss die fach- und sachgerechte Versorgung mit Verbrauchsmaterialien und Hilfsmitteln sichergestellt sein. Die An- und Zugehörigen müssen in deren Anwendung eingewiesen sein und bei einem Wechsel der verwendeten Materialien erneut eingewiesen werden.

Die Wünsche des Versicherten und seines sozialen Umfeldes sowie deren Grenzen der aktiven und passiven Pflegebereitschaft sind in der Abstimmung zur Beteiligung der An- und Zugehörigen zu berücksichtigen. Grundsätzlich darf ein Rückzug des Pflegedienstes erst dann erfolgen, wenn die oder der Versicherte oder das soziale Umfeld die erforderlichen krankenpflegerischen Maßnahmen in gebotener Weise selbstständig sicherstellen können und dies auch von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bestätigt wird. Die Leistungserbringer nach §132I können dann gemeinsam mit der oder dem Versicherten sowie den An- und Zugehörigen und der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt den durch die An- und Zugehörigen angestrebten Versorgungsumfang abstimmen und auf der Verordnung vermerken.

Der Umfang muss auf Wunsch der Versicherten oder ihrer Angehörigen mit jeder Folgeverordnung bedarfsgerecht angepasst werden. Insbesondere muss die individuelle Familiensituation berücksichtigt werden, um einen Eingriff in den Schutzbereich der Familie auszuschließen und eine sichere Durchführung der notwendigen pflegerischen Maßnahmen gewährleisten zu können.

- **Bei Krankenhausaufenthalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen muss auch die individuelle Begleitung durch vertraute Fachpflegefachkräfte der außerklinischen Intensivpflege ermöglicht werden**

Versicherte, mit einem seit dem Kindesalter chronischen Bedarf an intensivmedizinischer Versorgung, weisen häufig hochkomplexe Krankheitsbilder mit stark individualisierten Krankheitsverläufen und Entwicklungsständen auf, die eine interdisziplinäre Behandlung erfordern.

In diesen Fällen wird dem individuellen Versorgungsbedarf in der Regel durch eine 1:1 Versorgung im Haushalt der oder des Versicherten oder der Familie Rechnung getragen, wobei die eingesetzten Pflegefachkräfte für die Besonderheiten der Versorgung und das frühzeitige Erkennen wiederholt auftretender Komplikationen speziell qualifiziert sind. Umfasst sind dabei auch individuelle Anforderungen aufgrund von anhaltenden Mobilitäts- und Kommunikationseinschränkungen.

Bei Krankenhausaufenthalten kann der hohe Versorgungsstandard für diese chronisch intensivpflichtigen Patient*innen wegen des geringeren Personalschlüssels und der eingeschränkten Erfahrung mit dem individuellen Versorgungsbedarf, insbesondere bei kurzzeitigen Klinikaufenthalten, nicht mit gleichbleibender Qualität gewährleistet werden. Dadurch ist bei dieser Patientengruppe während Krankenhausaufenthalten häufig eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes zu beobachten. Aus der Vergangenheit sind Fälle bekannt, bei denen zeitweise unbegleitete Krankenhausaufenthalte von chronisch intensivpflichtigen Kindern zu einer irreversiblen Verschlechterung des Gesundheitszustandes, zum Beispiel durch Sauerstoffmangel, geführt haben. Auch sind Todesfälle bekannt, bei denen der Krankenhausaufenthalt ursächlich nicht mit einer erheblichen Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes begründet war.

Chronisch intensivpflichtige Kinder und Jugendliche werden bei Krankenhausaufenthalten daher in der Regel in hohem zeitlichem Umfang von ihren Eltern begleitet. Dabei übernehmen sie in dem individuell erforderlichen Umfang auch Aufgaben der spezialisierten Krankenbeobachtung und der bedarfsgerechten Intervention. Sie unterstützen damit die fachpflegerische Versorgung durch das behandelnde Krankenhaus und vermitteln insbesondere bei kommunikations- und bewegungseingeschränkten Patienten zwischen den medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern und den Betroffenen. Diese zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlichen Leistungen können nicht durchgängig bis zu 24 Stunden am Tag von den Eltern alleine erbracht werden. In diesen Fällen muss es daher möglich sein, dass die für die individuelle Versorgung der Patient*innen qualifizierten Pflegefachkräfte der außerklinischen Intensivpflege ergänzend zu den An- und Zugehörigen zur Begleitung im Krankenhaus eingesetzt werden.

Die am 24. Juni 2021 vom Bundestag beschlossenen Regelungen zur Assistenz im Krankenhaus bietet für den beschriebenen Versorgungsbedarf keine Entlastung. Die hier geregelten Leistungen sind auf Unterstützung bei der Kommunikation und im Umgang mit Belastungssituationen begrenzt und nicht auf eine individuelle pflegefachliche Begleitung für bis zu 24 Stunden/ Tag ausgelegt.

Weitere detaillierte Stellungnahmen und Formulierungsvorschläge zu den einzelnen Regelungen des Beschlusses sind im beigefügten Stellungnahme-Formular aufgeführt.

Selbstdarstellung

Der *Deutsche Kinderhospizverein e. V. (DKHV e. V.)* Er ist Trägerorganisation von ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten an 30 Standorten und begleitet mit 140 hauptamtlichen sowie über 1.200 ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensverkürzender Erkrankung sowie ihre Familien.

Ferner trägt die Deutsche Kinderhospizakademie in Trägerschaft des DKHV e.V. mit ihren Seminarangeboten wesentlich dazu bei, die Bewältigungskapazitäten und Ressourcen der Familien zu stärken. Die Auseinandersetzung mit der fortschreitenden Erkrankung des Kindes, dem Sterben dem Tod sowie der Trauer wird hierdurch von der Diagnosestellung bis über den Tod hinaus unterstützt. Dabei ist für den DKHV e.V. die Anerkennung der Betroffenenkompetenz und Förderung der Selbsthilfe zentral. Die qualifizierten ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen begleiten die von einer lebensverkürzenden Erkrankung betroffenen jungen Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit und werden damit Teil ihres familiären sowie sozialen Umfeldes. Neben der Begleitung der jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung und ihrer Familien sind qualifizierte Angebote für Geschwister ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Kinder- und Jugendhospizarbeit.

Der *Deutsche Kinderhospizverein e. V.* umfasst insgesamt etwa 4.000 Mitglieder. Hierunter sind mehr als 700 betroffene Familien. 30% der begleiteten jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung haben dauerhaft einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf. Ursache für den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege sind dabei angeborene und erworbene Erkrankungen, die in ihrem Verlauf eine Beatmung erforderlich werden lassen (z.B. Muskeldystrophie, Schädelhirntrauma) oder Erkrankungen, die wegen unvorhersehbar wiederkehrender und lebensbedrohlicher Komplikationen eine ständige Interventionsbereitschaft erfordern (z.B. schwere neurologische Erkrankungen, genetische Defekte, Fehlbildungen).

Kontaktperson:

Marcel Globisch
Leitung für Inhalte und Entwicklung
marcel.globisch@deutscher-kinderhospizverein.de
Mobil: 0151-4611 7165

Olpe, 20. Juli 2021





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.

			Deutscher Kinderhospizverein e.V.	
			20.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ 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	
			Zustimmung zur Position PatV	Die wortgleiche Definition der medizinischen Behandlungspflege entsprechend der Definition der Behandlungspflege in der HKP-Richtlinie stellt klar, dass mit

				<p>der Einführung des Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege insbesondere im Bereich der einfachen pflegerischen Verrichtungen keine Leistungsverchiebungen in den Bereich des SGB XI verbunden sind. Zur medizinischen Behandlungspflege gehören entsprechend der ständigen Rechtsprechung weiterhin 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*r Arzt*Ärztin, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (bsp. BSG, Urteil vom 13. Juni 2006 – B 8 KN 4/04 KR R –, SozR 4-2500 § 37 Nr 9 mwN). Zusätzliche finanzielle Belastungen für Betroffene und ihre Angehörigen durch die Kostenregelungen im SGB XI sollen damit vermieden werden.</p>
§ 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.	
			Satz 5 streichen	Der Auftrag an den G-BA zur Regelung der Qualifikationsanforderungen in der pflegerischen Versorgung

				wurde vom Bundestag in zweiter Lesung gestrichen (s. Ausschussdrucksache 19(14)154.2). Eine über den Gesetzeswortlaut des GKV-IPReG hinausgehende Beschreibung der Leistungsanforderungen überschreitet insofern den an dieser Stelle ausdrücklich formulierten Regelungsauftrag.
§ 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). 	
			Die Versorgung an den genannten Orten setzt voraus, dass die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen im Verantwortungsbereich der Leis-	Leistungserbringer nach §132I müssen in dem von ihnen zur Verfügung gestellten Umfeld geeignete räumliche Verhältnisse bereitstellen.

			<p>tungserbringer geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur).</p>	<p>Um insbesondere Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen nach §1 (3) Satz 2 mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege die Teilnahme an altersentsprechenden Bildungs- und Teilhabeangeboten vollumfänglich zu ermöglichen, werden die Anforderungen an den Versorgungsort und insbesondere an die sonstigen geeigneten Orte auf den Verantwortungsbereich der Leistungserbringer nach §132I begrenzt. Andere geeignete Orte gemäß Nr. 5, wie beispielsweise Schulen oder Werkstätten, unterliegen Anforderungen außerhalb des Regelungsumfangs dieser Richtlinie. Die Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur ist in diesen Fällen zwischen den Einrichtungen und den jeweils zuständigen Kostenträgern unter Berücksichtigung des Versorgungsanspruchs der Betroffenen zu regeln. Die Anforderung an den Versorgungsort mindern daher nicht den Leistungsanspruch aus dieser Richtlinie.</p> <p>Die Forderung, dass Versicherte sich für eine Versorgung an den geeigneten Orten regelmäßig wiederkehrend aufhalten müssen, entspricht nicht der Lebenswirklichkeit von heranwachsenden jungen Menschen, die trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihr Lebensumfeld altersentsprechend erkunden und eine selbstbestimmte Lebensführung erlernen. Um eine unzulässige Einschrän-</p>
--	--	--	--	--

				<p>kung der Bewegungsfreiheit von Versicherten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege auszuschließen, muss auf diese Formulierung verzichtet werden.</p> <p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege setzt nach §3 (1) an den Orten nach §1 (4) und (5) voraus, dass die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft notwendig ist. Auf die redundante Formulierung in Satz 4 Nr. 1 soll daher verzichtet werden.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	<p>Versicherte, mit einem seit dem Kindesalter anhaltenden chronischen Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung, sind häufig von seltenen Erkrankungen oder ungewöhnlichen Krankheitsverläufen betroffen. Dem individuellen Versorgungsbedarf wird in der Regel durch eine 1:1 Versorgung im Haushalt der oder des Versicherten oder der Familie Rechnung getragen, wobei die eingesetzten Pflegefachkräfte für die Besonderheiten der Versorgung und das frühzeitige Erkennen wiederholt auftretender Komplikationen speziell ge-</p>
			<p>¹Außerklinische Intensivpflege kann für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung in der Regel nicht verordnet werden. ²Ausnahmen sind bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen nach §1 (3) Satz 2 möglich, die schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen für die pflegerische Versorgung aufweisen, wenn eine Begleitung durch vertraute Personen, die zur individuellen bedarfsgerechten Versorgung angeleitet wurden, aus medizinischen Gründen zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit erforderlich ist und diese Begleitung</p>	

von Angehörigen nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann.³ 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 außerklinische Intensivpflege mit Ausnahme von Fällen nach Satz 3 nicht verordnet werden.⁴ Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen. § 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.

schult sind. Umfasst sind dabei auch individuelle Anforderungen aufgrund von erheblichen Mobilitäts- und Kommunikationseinschränkungen der Versicherten.

Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht, können die Besonderheiten der individuellen Versorgung auf Grund des geringeren Personalschlüssels und der begrenzten Möglichkeiten zur individuellen Anleitung eingesetzter Pflegefachkräfte, insbesondere bei kurzzeitigen Klinikaufenthalten, nicht zuverlässig mit gleichbleibender Qualität berücksichtigt werden.

Um eine mit der verminderten Versorgung verbundene Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden, kann die Mitaufnahme einer zur individuellen bedarfsgerechten Versorgung angeleiteten Begleitperson aus medizinischen Gründen erforderlich sein. Wenn in diesen Fällen die notwendige ständige Begleitung im Krankenhaus nicht 24 Stunden am Tag durch entsprechend qualifizierte Angehörige gewährleistet werden kann, soll eine Begleitung durch Pflegefachkräfte der außerklinischen Intensivpflege, die mit dem

				individuellen Versorgungsbedarf vertraut sind, im erforderlichen Umfang bewilligt werden.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
			(7) Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie können frühestens ab dem 01.01.2023 verordnet werden.	<p>Der Zeitpunkt zum Quartalsbeginn ist für eine geordnete Einführung der geänderten Verordnungsanforderungen erforderlich. Da vor der Verordnung nach dieser Richtlinie erstmalig eine Erhebung durch Fachärzte nach §4 (3 bzw.4) gefordert ist, muss zwischen der erstmaligen Möglichkeit einer Verordnung nach dieser Richtlinie und dem gesetzlich verfügten außer Kraft treten der bisherigen Regelungen nach §37 (2) eine ausreichende Übergangsfrist berücksichtigt werden, um die Verordnungssicherheit nicht zu gefährden.</p> <p>Der Zeitraum bis zum 01.01.2023 ist erforderlich, um die erforderlichen neuen Versorgungsstrukturen aufzubauen. Die Mehrheit der zur Erhebung zugelassenen</p>

					<p>Fachärztinnen und Fachärzte praktizieren in Krankenhäusern, so dass die Voraussetzungen für das Praktizieren als ermächtigte Ärztinnen und Ärzte erst geschaffen werden müssen, um die Verordnungssicherheit im außerklinischen Bereich zu gewährleisten. Krankenhausaufnahmen nur zum Zweck der Potentialerhebung vor Ausstellung einer Verordnung sind nicht vorgesehen und würden die verfügbaren Kapazitäten überlasten.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum Zeitpunkt der Verordnung kein Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besteht, ein</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			<p>solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.</p>	<p>Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
			<p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, 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 nichtinvasive Beatmung ergeben kann, ist die optimale und individuelle Hinführung zum Erreichen des in Aussicht gestellten Entwöhnungspotentials eine weitere Zielsetzung.</p>	<p>Das Ziel der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung richtet sich nach dem bei der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten Befund. Insbesondere bei Versicherten mit fortschreitender Grunderkrankung wird die Beatmung abhängig vom Krankheitsverlauf im Ermessen des*der behandelnden Arztes*Ärztin und in Abstimmung mit dem Versicherten zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes indiziert. In diesen Fällen ist auch bei schwankendem Gesundheitszustand eine Beatmungsentwöhnung in der Regel nicht angeraten.</p>		

§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen In-</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>tervention 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus be-</p>			
--	--	--	---	---	--	--	--	--

				bestimmt werden können.	stimmt werden können.			
			(Zustimmung zur Position DKG)			Die Begründung der DKG wird geteilt.		
						<p>Eine Begrenzung der Leistungspflicht auf Fälle, bei denen mit Verweis auf Position 24 der Anlage 1 zur HKP-Richtlinie pflegerische/ärztliche Interventionen bei lebensbedrohlichen Situationen <u>mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar</u> erforderlich sind, wird insbesondere dem Versorgungsbedarf von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen nach §1 (3) Satz 2 nicht gerecht. Sowohl die nächtliche Versorgung als auch die Teilnahme an altersentsprechenden Angeboten zur Bildung und Teilhabe setzen entsprechend der Regelung in den Rahmenempfehlungen zur HKP-Richtlinie §4 (2) auch in den Fällen, bei denen akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention <u>zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können</u>, die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft voraus, um in geeigneter Weise zu intervenieren und die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.</p> <p>Eine Reduzierung des Leistungsanspruchs in den Fällen, in denen nicht täglich lebensbedrohliche Komplikatio-</p>		

						<p>nen auftreten, auf eine nur noch „allgemeine Krankenbeobachtung“ würde zudem auch bei einem 24/7 anhaltenden Bedarf in den Bereich der Pflegekasse fallen und nur noch in sehr begrenztem Umfang abgerechnet werden können. Betroffenen und ihren Angehörigen bliebe dann nur die Wahl, die Krankenbeobachtung zu Tages- und Nachtzeiten selbst zu erbringen, was in geeigneter Weise nicht rund um die Uhr geleistet werden kann, oder Hilfe zur Pflege als Sozialleistung zu beantragen. Bei minderjährigen Versicherten führt dies wegen der hohen finanziellen Belastung nicht selten zur Sozialhilfeabhängigkeit der gesamten Familie. Die mit der Änderung des §37 (2) SGB V im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2006 formulierte Begründung, dass Leistungen nach dem SGB V auch dazu beitragen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vor finanzieller Überforderung zu schützen (BT-DS 16/3100, zu Nr. 22 Buchstabe b, S. 105), muss auch im Leistungsbereich der außerklinischen Intensivpflege weiterhin Anwendung finden, um neue hochgradige Belastungen von Familien mit schwer erkrankten Kindern durch die Einführung des eigenständigen Leistungsanspruchs auf AKI ausschließen zu können.</p>
§ 3	Absatz 2					

§ 3	Absatz 3				
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>					

			<p>vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>		
			<p>(Zustimmung zur Position der PatV)</p> <p>Ergänzend: Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen nach §1 (3) Satz 2 und bei Versicherten mit chronisch fortschreitenden Erkrankungen darf eine Einleitung weiterer Maßnahmen bei medizinisch festgestelltem Entwöhnungspotential nur in Abstimmung mit den die Grunderkrankung behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten erfolgen.</p>		<p>Bei Versicherten, die seit dem Kindesalter chronisch auf eine intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, liegen meist hochkomplexe Krankheitsbilder vor. Die psychomotorische und physiologische Entwicklung verläuft insbesondere bei frühkindlicher Erkrankung nicht regelhaft und erfordert daher eine hochgradig spezialisierte und interdisziplinäre Behandlung. Die Beatmungsindikation erfolgt dabei nicht selten auch unter Berücksichtigung weiterer medizinischer und nicht unmittelbar mit der Beatmung zusammenhängender Faktoren zur Förderung einer altersentsprechenden Entwicklung. Neben den Beatmungsparametern sind dabei beispielsweise auch körperliche und gesundheitliche Entwicklung, Vigilanz, Lebensfreude und Sprachfähigkeit zu berücksichtigen. Die Beatmung kann in diesen Fällen auch Krankheitsfolgen ausgleichen und den Gesundheitszustand zur Verbesserung der Lebensqualität stabilisieren.</p>

				<p>Über das prolongierte Weaning von Versicherten, die seit dem Kindesalter auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, liegen in den einschlägigen Leitlinien keine evidenzbasierten Erfahrungswerte vor. Die Feststellung, ob insbesondere bei wechselnden Gesundheitszuständen tatsächlich ein Potential zur Entwöhnung vorliegt, erfordert daher in diesen Fällen ein koordiniertes, interdisziplinäres Verfahren, das alle Aspekte der Erkrankung berücksichtigt. Dabei muss die Verordnungssicherheit im Interesse der Versicherten gewährleistet werden.</p> <p>Wenn bei Versicherten nach gemeinsamer Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein Potential zur Entwöhnung festgestellt wurde, ist die erfolgreiche Ausschöpfung des Weaningpotentials ein komplexer Prozess, in dem neben den medizinischen Faktoren insbesondere auch die psychosozialen Faktoren der Versicherten und ihres Umfeldes zu berücksichtigen sind. Um ein erfolgreiches Weaning nicht zu gefährden, ist daher von allen Beteiligten ein behutsames Vorgehen unter Berücksichtigung des individuellen Umfeldes, der Versorgung und des Gesundheitszustandes erforderlich. Insbesondere die Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung setzt ein koordiniertes Vorgehen voraus. Wird das Aus-</p>
--	--	--	--	--

				stellen einer Folgeverordnung verweigert, kann der damit auf den Versicherten ausgeübte Druck ein erfolgreiches Weaning nachhaltig behindern. Jede frustrane Erfahrung eines Weaningversagens behindert in zunehmendem Maß mögliche Erfolge späterer Weaningversuche. Der Verordnungszeitraum muss daher bei vorliegendem Entwöhnungspotential auf den zur individuellen Vorbereitung des Weaningprozesses abgestimmten Zeitraum angepasst werden.
§ 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.	
			(Zustimmung zur Position PatV)	Versicherte, die seit dem Kindesalter anhaltend auf eine intensivpflegerische Versorgung angewiesen sind, haben krankheits- und entwicklungsbedingt einen besonders hohen Bedarf an fachärztlicher und klinischer Versorgung. Der Aufwand für die An- und Abreise mit einem dauerhaft schwer erkrankten und behinderten Kind und der insbesondere bei Kommunikations- und Bewegungseinschränkungen notwendigen Begleitung durch die Angehörigen zu Arztbesuchen und Klinikaufenthalten, stellen für die Betroffenen und ihre Familien dabei eine erhebliche Belastung dar. Die Anforderungen

					<p>an eine qualitätsgesicherte ärztliche Versorgung sollen insbesondere junge Patient*innen mit angeborenen oder erworbenen Erkrankungen, die keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der gestörten Vitalfunktionen haben, nicht noch zusätzlich belasten. Diese Patient*innen sind ihren Ärzten*Ärztinnen in der Regel aus der fortlaufenden Behandlung bekannt. Wenn sich der Gesundheitszustand der Versicherten nicht wesentlich verändert, sind verpflichtende zusätzliche Arztbesuche für die regelmäßige Ausstellung von Folgeverordnungen mehrmals im Jahr nicht angemessen.</p>	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6		(Zustimmung zur Ergänzung PatV: , mit Ausnahme der Fälle nach den Sätzen 10 und 11,)		(Zustimmung zu den TG der PatV)	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			Satz 5 streichen		s.u.	
§ 3		Satz 10	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			

	<p>Abs. 5 bzw. 6</p>	<p>und 11</p>	<p>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. ¹¹Die 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>	<p>¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die Erhebung soll in diesen Fällen unabhängig vom Zeitpunkt der Verordnung mindestens einmal im Jahr erfolgen. ¹²Die notwendige fachärztliche Expertise kann vom verordnenden Arzt auch auf telemedizinischem Wege hinzugezogen werden.</p> <p>(Zustimmung zu den TG der PatV. mit nachfolgender Ergänzung)</p> <p>Bei Versicherten, die seit dem Kindesalter chronisch auf eine intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, liegen meist hochkomplexe Krankheitsbilder vor. Die psychomotorische und physiologische Entwicklung verläuft insbesondere bei frühkindlicher Erkrankung nicht regelhaft und erfordert daher eine hochgradig spezialisierte sowie interdisziplinäre Behandlung. Die Beatmungsindikation erfolgt dabei nicht selten auch unter Berücksichtigung weiterer medizinischer und nicht unmittelbar mit der Beatmung zusammenhängender Faktoren zur Förderung einer altersentsprechenden Entwicklung. Neben den Beatmungsparametern sind dabei beispielsweise auch körperliche und gesundheitliche Entwicklung, Vigilanz, Lebensfreude und Sprachfähigkeit zu berücksichtigen. Die Beatmung kann in diesen Fällen auch Krankheitsfolgen ausgleichen und den Gesundheitszustand zur Verbesserung der Lebensqualität stabilisieren.</p>
--	---------------------------------	----------------------	--	---

				<p>Über das prolongierte Weaning von Versicherten, die seit dem Kindesalter auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, liegen in den einschlägigen Leitlinien keine evidenzbasierten Erfahrungswerte vor. Eine regelmäßige Überprüfung des Entwöhnungspotentials ist bei diesen häufig über Jahrzehnte intensivmedizinisch versorgten Patient*innen wegen mangelnder Aussicht auf vorhandene Potentiale und fehlende Erfahrungswerte für ein erfolgreiches Weaning nicht bedarfsgerecht. Die Erhebung der Beatmungsparameter dient in diesen Fällen vorrangig der entwicklungsbedingten Anpassung zur Therapieoptimierung. Dies erfolgt bisher im Rahmen von Kontrollterminen in Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen, die dem interdisziplinären Versorgungsbedarf dieser Patientengruppe Rechnung tragen. Die Schaffung von ambulanten Angeboten für die regelmäßige interdisziplinäre Kontrolle und Anpassung der hochkomplexen Versorgungen soll auch unter Berücksichtigung telemedizinischer Möglichkeiten, zur Verminderung von belastenden und mit erhöhtem Infektionsrisiko verbundenen Krankenhausaufenthalten beitragen.</p> <p>Unter Berücksichtigung der hochkomplexen Versorgung und der gesundheitlichen Entwicklungsperspektiven dieser Patientengruppe sind neben dem akuten Behandlungsbedarf zusätzlich verpflichtende fachärztliche Untersuchungen für die Erhebung nach §3 (1) zur</p>
--	--	--	--	---

					<p>Therapieoptimierung für eine qualitätssichernde Versorgung in der Regel einmal im Jahr ausreichend. Der Zeitpunkt ist dabei mit Rücksicht auf die fortlaufende Behandlung und die begrenzten fachärztlichen Kapazitäten unabhängig vom Termin der Folgeverordnung. Verpflichtende regelmäßig termingebundene Untersuchungen sind auch mit Rücksicht auf den wechselnden Gesundheitszustand und die damit verbundene begrenzte Transportfähigkeit der Versicherten nicht möglich. Um belastende Fahrtwege zu vermeiden und das Infektionsrisiko in Wartezimmern oder Kliniken zu minimieren, kann die notwendige fachärztliche Expertise vom verordnenden Arzt auch auf telemedizinischem Wege hinzugezogen werden.</p> <p>Bei kurzfristig erforderlichen Anpassungen der Therapie sowie der konkreten Ausgestaltung der außerklinischen Intensivpflege können die Verordnungen im Rahmen der dann notwendigen Untersuchungen angepasst oder bei Bedarf neu ausgestellt werden.</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
			Zustimmung zu Position PatV		Zustimmung zu TG der PatV mit den unter 8. und 9. genannten Ergänzungen.	

0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation			
Zustimmung zur Position PatV		Zustimmung zu den TG der PatV	
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			

			<p>Bei Bedarf strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>	<p>Die individuelle strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens kann ein umfangreiches Verfahren erfordern, das insbesondere bei Versicherten, die seit dem Kindesalter auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, nicht mit jeder Erhebung erforderlich ist. Bedarf besteht zum Beispiel bei einer anhaltenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes, bei einer geplanten 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.</p>
<p>KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)</p>				
<p>Klammerzusatz streichen</p>			<p>Zustimmung zu den TG der PatV</p>	
<p>KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität</p>				
<p>Bei Bedarf systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren.</p>			<p>Die individuelle strukturierte Erhebung der Lebensqualität setzt ein umfangreiches Assessment voraus, das insbesondere bei Versicherten, die seit dem Kindesalter chronisch auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, bei regelmäßig wiederholter Durchführung belastend sein kann und nicht mit jeder Erhebung erforderlich ist. Bedarf besteht zum Beispiel bei einer anhaltenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes, bei einer Veränderung der Lebenssituation oder des Lebensumfeldes oder wenn die Erhebung von einem an</p>	

					der Versorgung beteiligten ärztlichen oder nichtärztlichen Leistungserbringer oder vom Versicherten oder seinen rechtlichen Vertretern verlangt wird.	
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			S.O.			
§ 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:
			Zustimmung zu Position PatV		Zustimmung zu TG der PatV	
			PatV, DKG:	KBV, GKV-SV:	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			Zustimmung zu Position PatV, DKG		Insbesondere wenn keine Anzeichen für ein Dekanülierungspotential vorhanden sind oder erwartet werden können, ist die regelmäßigen Durchführung invasiver Untersuchungsverfahren nicht verpflichtend.	
			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	
			Bei Bedarf systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren.	Die individuelle strukturierte Erhebung der Lebensqualität setzt ein umfangreiches Assessment voraus, das insbesondere bei Versicherten, die seit dem Kindesalter chronisch auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind bei regelmäßig wiederholter Durchführung belastend sein kann und nicht mit jeder Erhebung erforderlich ist. Bedarf besteht zum Beispiel bei einer anhaltenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes, bei einer Veränderung der Lebenssituation oder des Lebensumfeldes oder wenn die Erhebung von einem an der Versorgung beteiligten ärztlichen oder nichtärztlichen Leistungserbringer oder vom Versicherten oder seinen rechtlichen Vertretern verlangt wird.
			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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
			Zustimmung zur Position KBV, PatV, DKG Ergänzend: an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärzte.		Kinder und Jugendliche mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf haben krankheits- und entwicklungsbedingt einen besonders hohen ärztlichen Behandlungsbedarf. Den Kinder- und Jugendmediziner*innen kommt dabei unter den behandelnden Fachärzt*innen eine besondere Vertrauensstellung zu, weil hier umfassende Kenntnisse über die gesundheitliche Entwicklung	

					<p>und die individuellen Krankheitsverläufe der jungen Patient*innen vorliegen. Diese sind für die bedarfsgerechte Behandlung von besonderer Bedeutung. Die Koordination der hochkomplexen interdisziplinären Behandlung erfolgt bei Kindern und Jugendlichen oder bei erwachsenen Menschen mit Behinderung häufig in spezialisierten medizinischen Zentren. Die hier tätigen Fachärztinnen und Fachärzte sind zur Verordnung zugelassen. Erhebliche Mehrbelastungen der betroffenen Versicherten und ihrer Angehörigen durch zusätzliche verpflichtende Untersuchungen sollen damit vermieden werden.</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: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: 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.		
			Zustimmung zu Position KBV, PatV, DKG		Zustimmung zu TG KBV, PatV, DKG	
§ 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>
			<p>Zustimmung zur Position PatV, KBV, DKG</p>
			<p>Bei angeborenen / früh erworbenen Funktionsstörungen handelt es sich häufig um seltene Erkrankungen, für deren Behandlung nur eine begrenzte Anzahl von Fachärzten qualifiziert ist. Eine flächendeckende Versorgung ist in diesen Fällen nicht gegeben. Da die körperliche</p>

				<p>und physiologische Entwicklung zumeist individuell verläuft und beispielsweise sonst regelhafte Funktionen nicht vorhanden sind, ist eine kontinuierliche ärztliche Betreuung von besonderer Bedeutung. Um bei der hohen Anzahl der geforderten Untersuchungen unverhältnismäßige Belastungen der Versicherten und ihrer Familien zu vermeiden, ist insbesondere in diesen Fällen die Möglichkeit von telemedizinischen Konsilen zu berücksichtigen.</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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			spezialisierten Beatmungs-entwöhnungs-Einheit	nung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungs-entwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
			<p>Zustimmung zur Position von KBV, DKG, PatV</p>		<p>Insbesondere bei jungen Versicherten mit angeborenen oder früh erworbenen neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen sowie nach akuten Ereignissen, die zu einer anhaltenden Störung von Vitalfunktionen geführt haben, sollen die zur entwicklungsbedingten Therapieoptimierung erforderlichen regelmäßigen Erhebungen durch die zur Behandlung der Grunderkrankung spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen. Hierfür sind Fachärztinnen und Fachärzte mit Erfahrung in der Neurologischen Frühreha Phase B, in Querschnittszentren und in Neuromuskulären Zentren zur Potentialerhebung zu ermächtigen. Dies entspricht</p>	

			<p>der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG 2020, wonach medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen zur Verordnung und Potentialerhebung zugelassen werden, weil ohne sie die ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wäre (BT-DS 19-19368 zu Artikel 1 Nr. 2 Absatz 1, S. 27). Zusätzlich sind hier ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte für Innere Medizin und Pneumologie, für Kinder- und Jugend-Pneumologie, für Anästhesiologie, für Neurologie und Intensivmedizin ausdrücklich benannt.</p> <p>Da bei Versicherten, die seit dem Kindesalter auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind in der Regel kein Entwöhnungspotential vorliegt, ist durch verpflichtende regelmäßige Kontrolluntersuchungen von Ärztinnen und Ärzten, die nicht auf die Behandlung der Grunderkrankung spezialisiert sind, keine Verbesserung der Versorgung zu erwarten. Eine hohe Anzahl von nicht bedarfsgerechten Untersuchungen würde zudem die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung gefährden.</p> <p>Da die jungen Versicherten häufig über Jahrzehnte intensivmedizinisch versorgt werden und hierfür regelmäßig in Behandlung ihrer Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sind, stellen zusätzliche, mit hoher Regelmäßigkeit verpflichtende Untersuchungen durch Fachärzte und Fachärztinn, die nicht auf die Behandlung</p>
--	--	--	--

				<p>der Grunderkrankung spezialisiert sind, eine unangemessene Belastung dar.</p> <p>Eine enge und nicht bedarfsgerechte Begrenzung auf einzelne zur Potentialerhebung zugelassene Fachärzt*innengruppen gefährdet die flächendeckende ambulante Versorgung. Diese Begrenzung würde das freie Wahlrecht für den gewünschten Leistungsort einschränken, wenn der für die regelmäßige Ausstellung der Verordnung erforderliche Untersuchungsaufwand insbesondere wegen der langen und belastenden Anfahrtswege, eine Versorgung in Wohnortnähe verhindert.</p>
§ 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		
			GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,

§ 5	Abs. 5	Satz 1		
§ 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.	
			Zustimmung zu Position PatV	Der Aufwand für die An- und Abreise mit einem dauerhaft schwer erkrankten und behinderten Kind und der insbesondere bei Kommunikations- und Bewegungseinschränkungen notwendigen Begleitung durch die Angehörigen zu Arztbesuchen und Klinikaufenthalten, stellen

				<p>für die Betroffenen und ihre Familien eine erhebliche Belastung dar. Die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte ärztliche Versorgung dürfen daher insbesondere junge Patient*innen mit angeborenen oder erworbenen Erkrankungen, die keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der gestörten Vitalfunktionen haben, nicht noch zusätzlich belasten. Diese Patient*innen sind ihren Ärzten*Ärztinnen in der Regel aus der fortlaufenden Behandlung bekannt. Wenn sich der Gesundheitszustand der Versicherten nicht wesentlich verändert, sind verpflichtende zusätzliche Arztbesuche für die regelmäßige Ausstellung von Folgeverordnungen mehrmals im Jahr nicht angemessen. In diesen Fällen ist maximal ein verpflichtender Kontakt zur behandelnden Fachärztin oder zum behandelnden Facharzt pro Jahr für die Qualitätssicherung ausreichend, wobei der Zeitpunkt auch mit Rücksicht auf fortlaufende Behandlungen und auf die fachärztlichen Kapazitäten unabhängig vom Termin der Folgeverordnung verbleibt. Um belastende Fahrtwege zu vermeiden und das Infektionsrisiko in Wartezimmern oder Kliniken zu minimieren, müssen dabei auch telemedizinische Untersuchungsformen umfassend ermöglicht werden.</p> <p>Bei einer Verordnungsdauer von 12 Monaten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen nach §1 (3) Satz 2 kann der Anforderung aus §37c (1) SGB V, wonach</p>
--	--	--	--	---

					<p>mit jeder Verordnung das Entwöhnungspotential zu erheben ist, Rechnung getragen werden. Die Ergänzung in §3 Absatz 5 bzw. 6 Satz 10 und 11 wäre dann nicht mehr unbedingt erforderlich.</p> <p>Bei kurzfristig erforderlichen Anpassungen der Therapie sowie der konkreten Ausgestaltung der außerklinischen Intensivpflege können die Verordnungen im Rahmen der dann notwendigen Untersuchungen angepasst oder bei Bedarf neu ausgestellt werden.</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: <i>[streichen]</i></p>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV		
§ 6	Abs. 2	Satz 3	<p>KBV, PatV: hat soll</p>					
			<p>Zustimmung zur Position KBV, PatV</p>		<p>Regelmäßige Untersuchungen durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt sollen auch innerhalb der Zeitspanne zwischen zwei Verordnungen die Versorgungskontinuität sichern. Diese Untersuchungen sollen anlassbezogen erfolgen. Verpflichtende Untersuchungen, die ohne medizinische Erfordernis ergänzend</p>			

				zu den für die Ausstellung der Verordnung notwendigen Erhebungen und Untersuchungen erfolgen, stellen sowohl für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte als auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine erhebliche Belastung dar. Insbesondere die schweren Kommunikations- und Bewegungseinschränkungen der Versicherten und die Berücksichtigung von vorhandenen Keimbelastungen stellen hohe Anforderungen an die Versorgung. Die flächendeckende ärztliche Versorgung darf durch anlassfreie verpflichtende Untersuchungen nicht gefährdet werden.
§ 6	Absatz 3			
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4</p>	<p>DKG:</p> <p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>verständnis 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>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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			

§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>
			<p>Zustimmung zur Position PatV in Absatz 4</p>
			<p>Im Rahmen des Entlassmanagements ist für Personengruppen mit komplexen Versorgungsbedarfen, z.B. bei Menschen mit Behinderung, ein differenziertes Assessment erforderlich, dass neben den medizinischen auch die sozialen Versorgungsbedarfe berücksichtigt. Insbesondere bei Versicherten, bei denen im Kinder- oder Jugendalter ein Bedarf an außerklinischer Intensivpflege festgestellt wird, sind damit weitreichende Entscheidungen für die weitere Entwicklung und die Lebensperspektive der jungen Versicherten und ihrer Familien verbunden. Den Angehörigen ist es daher freigestellt, sich mit Unterstützung durch das entlassende Krankenhaus über geeignete Versorgungsformen und Versorgungsorte zu informieren und Kontakt zu möglichen Leistungserbringern aufzunehmen, um eine den individuellen Vorstellungen entsprechende Versorgung wählen zu können. Dabei obliegt es den Versicherten und ihren Familien, den Anspruch auf eine Beratung durch die Krankenkasse wahrzunehmen. Angesichts des hohen Ressourcenaufwandes können bei der Beratung durch den Kostenträger wirtschaftliche Interessen, die das</p>

					<p>Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten beeinflussen, nicht ausgeschlossen werden.</p> <p>Um die Versorgungssicherheit beim Übergang in den anschließenden Versorgungsbereich zu gewährleisten, haben die Versicherten Anspruch auf ein umfassendes Versorgungsmanagement. 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. Die bedarfsgerechte Anschlussversorgung muss im Rahmen des Entlassmanagements auch die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände berücksichtigen, damit Versorgungsbrüche nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vermieden werden können.</p>	
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der au-	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Berklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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.			
			Zustimmung zur Position PatV	Die außerklinische Intensivpflege umfasst ausdrücklich auch die in der Anlage zur HKP-Richtlinie den Leistungsbeschreibungen der Behandlungspflege vorangestellten Vorsorgeleistungen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden, speziell auf den Krankheitszustand der oder des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern.		

				<p>Insbesondere bei jungen Versicherten, die mit Bedarf an intensivmedizinischer Versorgung aufwachsen, ist damit auch die individuelle pflegfachliche Begleitung zu Bildungs- und Teilhabeangeboten oder zur Teilhabe am Arbeitsleben verbunden, um auch außerhalb des Wohnortes die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die hierfür erforderliche Hilfe zur Mobilität ist ein wichtiger Bestandteil der Versorgung zur Verbesserung der Lebensqualität und Voraussetzung für eine altersentsprechende und gleichberechtigte Teilhabe am Leben.</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	
			Zustimmung zur Position PatV	<p>Die Anforderung an die baulichen, personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie an Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind im Rahmen dieser Richtlinie auf das von Leistungserbringern zur Verfügung gestellte Umfeld beschränkt. Ebenso die Forderung nach einer stabilen fach- und sachgerechten Infrastruktur. Eine Ausweitung dieser Forderung auf den</p>

					<p>Haushalt des Versicherten oder seiner Familie entsprechen ebenso wenig dem Regelungsumfang dieser Richtlinie wie Anforderungen an Dritte. So unterliegen beispielsweise Schulen oder Werkstätten anderen baulichen und organisatorischen Regelanforderungen. Die Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur ist zwischen den Einrichtungen und den jeweils zuständigen Kostenträgern unter Berücksichtigung des Versorgungsanspruchs der Betroffenen zu regeln und kann keine Minderung des Leistungsanspruchs aus dem SGB V begründen, insbesondere, wenn damit ein Ausschluss von Bildungs- oder Teilhabeangeboten verbunden ist.</p>	
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG: ¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind</p>	<p>PatV: ¹Im 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</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>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>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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>		
				<p>Zustimmung zur Position PatV</p>	<p>In den Rahmenempfehlungen zur HKP-RL von 2020 wird mit dem Begriff der Rückzugspflege ein strukturierter Prozess beschrieben, der durch Anleitung und Schulung der Angehörigen diese in die Lage versetzt, sich an den krankenschwermessenden Maßnahmen zu beteiligen bzw. diese ganz oder teilweise zu übernehmen. Der beschriebene Prozess mündet in einer Anpassung des ärztlich verordneten Versorgungsumfangs. Da im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ausschließlich Versicherte versorgt werden, bei denen die</p>	

					<p>ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen erforderlich ist, sind hier auch Fallkonstellationen zu berücksichtigen, bei denen die An- und Zugehörigen zum Beispiel krankheitsbedingt kurzfristig ausfallen. In diesen Fällen muss die Versorgung durch den Leistungserbringer nach § 132I sichergestellt werden. Im Rahmen der AKI ist daher eine Reduzierung des ärztlich verordneten Leistungsumfangs nicht zulässig. Der Leistungserbringer muss auch bei einer Beteiligung von An- und Zugehörigen im gesamten Verordnungszeitraum geeignete Pflegefachkräfte zum Einsatz bereithalten. Der Versorgungsumfang reduziert sich dann in dem Maße, in dem die Versorgung durch An- und Zugehörige tatsächlich erfolgt und in der Pflegedokumentation nachgehalten ist.</p> <p>Wegen der inhaltlichen Nähe der HKP und der AKI sollten für die beschriebenen unterschiedlichen Regelungsinhalte verschiedene Begrifflichkeiten verwendet werden, um Fehlinterpretationen ausschließen zu können. Da der Begriff der Rückzugspflege für die HKP bereits definiert ist, sollte im Rahmen der AKI von einer Beteiligung von An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege gesprochen werden.</p>
§ 9	Absatz 7				

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

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

	Abs. 1 bzw. 2					
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Zustimmung zu Pos. PatV			
§ 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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
				Zustimmung zu Position KBV, PatV	<p>Über das prolongierte Weaning von Versicherten, die seit dem Kindesalter auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, liegen in den einschlägigen Leitlinien keine evidenzbasierten Erfahrungswerte vor. Die Feststellung, ob insbesondere bei wechselnden Gesundheitszuständen tatsächlich ein Potential zur Entwöhnung vorliegt, erfordert daher in diesen Fällen ein koordiniertes, interdisziplinäres Verfahren, das alle Aspekte der Erkrankung berücksichtigt.</p> <p>Wenn bei Versicherten nach gemeinsamer Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein Potential zur Entwöhnung festgestellt wurde, ist die erfolgreiche Ausschöpfung des Weaningpotentials ein komplexer Prozess, in dem neben den medizinischen Faktoren insbesondere auch die psychosozialen Faktoren der Versicherten und ihres Umfeldes zu berücksichtigen sind. Um ein erfolgreiches Weaning nicht zu gefährden, ist daher von allen Beteiligten ein behutsames Vorgehen unter Berücksichtigung des individuellen Umfeldes,</p>	

					der Versorgung und des Gesundheitszustandes erforderlich. Die Einleitung weiterer Maßnahmen erfolgt in Abstimmung zwischen den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten nach §4 (4) und den Versicherten.	
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>		
				<p>Zustimmung zur Position PatV</p>	<p>Da die außerklinische Intensivpflege besonders hohe Leistungsanforderungen stellt, müssen bei der Anleitung und Schulung der An- und Zugehörigen insbesondere Art, Umfang und Schwierigkeit der pflegerischen Maßnahmen und der sonstigen Anforderungen an die Versorgung strukturiert vermittelt werden. Weiterhin muss die fach- und sachgerechte Versorgung mit Verbrauchsmaterialien und Hilfsmitteln sichergestellt sein. Die An- und Zugehörigen müssen in deren Anwendung eingewiesen sein und bei einem Wechsel der verwendeten Materialien erneut eingewiesen werden.</p> <p>Die Wünsche des Versicherten und seines sozialen Umfeldes sowie deren Grenzen der aktiven und passiven Pflegebereitschaft sind in der Abstimmung zur Beteiligung der An- und Zugehörigen zu berücksichtigen. Grundsätzlich darf ein Rückzug des Pflegedienstes erst dann erfolgen, wenn die oder der Versicherte oder das</p>	

					<p>soziale Umfeld die erforderlichen krankenpflegerischen Maßnahmen in gebotener Weise selbstständig sicherstellen können und dies auch von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bestätigt wird. Die Leistungserbringer nach §132I können dann gemeinsam mit der oder dem Versicherten sowie den An- und Zugehörigen und der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt den durch die An- und Zugehörigen angestrebten Versorgungsumfang abstimmen und auf der Verordnung vermerken.</p> <p>Der Umfang muss auf Wunsch der Versicherten oder ihrer Angehörigen mit jeder Folgeverordnung bedarfsgerecht angepasst werden. Insbesondere muss die individuelle Familiensituation berücksichtigt werden, um einen Eingriff in den Schutzbereich der Familie auszuschließen und eine sichere Durchführung der notwendigen pflegerischen Maßnahmen gewährleisten zu können.</p>	
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		<p>KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	<p>DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den</p>	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

				verordnenden Vertragsarzt		
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.	<p>Der neu eingeführte §37c SGB V regelt ausdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, 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 <u>getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen bestimmt</u>. Der Gesetzgeber hat damit deutlich gemacht, dass die <u>Lebensumstände von jungen Menschen</u>, die seit dem Kindesalter dauerhaft auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, <u>getrennt von den Belangen der überwiegend geriatrischen und häufig multimorbiden Patient*innen zu betrachten sind</u>.</p> <p>In dem vorgelegten Entwurf der Richtlinie sehen wird dies nur unzureichend berücksichtigt.</p>					

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung
& Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Nur per Mail an:
aki@g-ba.de

Hauptverwaltung

Ihre Ansprechperson:

Thomas Muck
Leiter SEG 2

Telefon 089 159060-3903
Mobil: 0170 4530640
thomas.muck@md-bayern.de
www.md-bayern.de

Datum:

13. Juli 2021

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-Richtlinie) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

**Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,
sehr geehrte Frau Lerch,
sehr geehrte Mitglieder der AG HKP,**

sehr gerne haben wir die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege genutzt. Der Medizinische Dienst Bayern (MD Bayern) kommt täglich in Kontakt mit betroffenen Versicherten und ihren An- sowie Zugehörigen, die in den unterschiedlichsten Versorgungssettings in der außerklinischen Intensivpflege versorgt werden. Wir erleben unmittelbar gute aber auch weniger gut gelungene Versorgungssituationen, ebenso sehen wir die Herausforderungen, die an alle in der Versorgung Beteiligten in diesen Settings gestellt werden. Diese Erfahrungen haben wir in unsere Stellungnahme einfließen lassen und hoffen damit einen positiven Beitrag für eine weitere Verbesserung der Versorgung bewirken zu können.

Zusätzlich zu unserer Stellungnahme möchten wir auf ein besonderes Problem in der außerklinischen Versorgung hinweisen, welches uns in der täglichen Begutachtungspraxis begegnet.

Im Rahmen der häuslichen ambulanten außerklinischen Intensivpflege erfahren Versicherte und Ihre An- sowie Zugehörigen vielfach umfangreiche soziale Leistungen bzw. Betreuungsleistungen durch die vor Ort tätigen Pflegefachkräfte. Diese Leistungen sind vergleichbar mit Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Tritt eine Verbesserung des gesundheitlichen Status ein und ist eine

außerklinische Intensivpflege aus medizinischer Sicht nicht mehr erforderlich, entfallen konsequenterweise die entsprechenden Leistungen der ambulanten außerklinischen Versorgung teilweise oder vollständig.

Vor diesem Hintergrund werden in zahlreichen Fällen aufwändige medizinische Maßnahmen (Langzeitbeatmung, Tracheostoma-/Trachealkanülenversorgung) ohne gesicherte medizinische Indikation fortgesetzt, um die außerklinische Intensivpflege weiterhin in Anspruch nehmen zu können.

Diese Anreizwirkung steht im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) und birgt zahlreiche Risiken für die Betroffenen. So wächst beispielsweise die Infektionsgefahr durch ein liegendes Tracheostoma oder eine invasive Beatmung und andererseits wird durch diese medizinische Versorgung die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt.

Aus Sicht des MD Bayern wäre es daher sinnvoll, wenn gesondert der Bedarf an Leistungen der Eingliederungshilfe in den Fällen der ambulanten außerklinischen Intensivpflege erhoben und getrennt von der medizinisch-pflegerischen Versorgungsnotwendigkeit ausgewiesen werden würde. Eine entsprechend getrennte Refinanzierung der Leistungen wäre in dieser Betrachtung notwendig.

Gegebenenfalls wäre es eine Option durch die Einführung einer „übergangsintensivpflegerischen“ Versorgung, der beschriebenen Anreizwirkung für Versicherte und ihrer An- sowie Zugehörigen zu begegnen. Dies bedeutet für den Versicherten, dass er während bzw. insbesondere nach Dekanülierung und Weaning beim Aufbau eines geeigneten pflegerischen und auch Betreuungs-/Versorgungssettings außerhalb der bisherigen 1:1 Versorgung unterstützt wird und somit eine „übergangsintensivpflegerische“ Versorgung erhält. Der MD Bayern sieht hierhin eine Chance für eine Vielzahl von Versicherten auf ein Leben ohne Tracheostoma und ohne invasive Beatmung.

Es ist uns bewusst, dass der G-BA für das geschilderte Problem zunächst nicht der unmittelbare Adressat ist, aber als untergesetzlicher Normengeber und als ein Gremium, das mit den wichtigsten Akteuren des Gesundheitswesens besetzt ist, sehen wir im G-BA grundsätzlich einen wichtigen Ansprechpartner für gesundheitspolitische Themen und Fragen.

Wir würden uns freuen, wenn Sie diese unsere Hinweise ggf. mittragen könnten und stehen Ihnen auch gerne für weiterführende Informationen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Frau Prof. Dr. med. Astrid Zobel
Leitende Ärztin



Frau Dr. rer. pol. Marianna Hanke-Ebersoll
Leiterin Bereich Pflege



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.

			MD Bayern	
			02.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ 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	
			Ablehnung „Pflegekräfte“	Die Gewährleistung der Patientensicherheit ist ein zentrales Ziel der außerklinischen Intensivpflege (siehe § 2 Abs. 2). Die sichere Durchführung der in (potenziell) lebensbedrohlichen Situationen notwendigen Maßnahmen der medizinischen

				<p>Behandlungspflege setzt eine hohe pflegefachliche Kompetenz voraus; eine 3-jährige Ausbildung zur Pflegefachkraft und eine spezifische Zusatzqualifikation sind zu gewährleisten. Aus der Perspektive des MD Bayern ist insbesondere eine spezifische Zusatzqualifikation der Pflegefachkräfte erforderlich. Auch wenn mit Hinweis auf die Rahmenempfehlung nach § 132 I SGB V das Nähere hier in den Rahmenempfehlungen geregelt werden soll, ist dennoch der Hinweis bereits in der Richtlinie zielführend und bindend für die Verhandlungen.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
			<p>Zustimmung</p>	<p>Die Gewährleistung der Patientensicherheit ist ein zentrales Ziel der außerklinischen Intensivpflege (siehe § 2 Abs. 2). Die sichere Durchführung der in (potenziell) lebensbedrohlichen Situationen notwendigen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege setzt eine hohe pflegefachliche Kompetenz voraus; eine 3-jährige Ausbildung zur Pflegefachkraft und eine spezifische Zusatzqualifikation sind zu gewährleisten (siehe oben)</p>
§ 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>Zustimmung</p> <p>Die zusätzlichen Punkte konkretisieren wichtige Aspekte zu der Begrifflichkeit „sonstiger geeigneter Ort“, zum einen die Notwendigkeit der medizinisch-pflegerischen Leistungserbringung zum anderen die erforderlichen Rahmenbedingungen der außerklinischen Intensivpflege an diesem „sonstigen geeigneten Ort“. Für ein sicheres und gelingendes Versorgungssetting sind diese Kriterien unerlässlich. Auf der Grundlage der Begutachtungserfahrung des MD Bayern werden diese Kriterien in der außerklinischen Intensivpflege oftmals nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt, so dass es zu einem erheblichen Gefährdungspotential für Versicherte, aber auch für Pflegefachkräfte kommt. Darüber hinaus ist aus unserer Sicht eine bundesweit einheitliche Regelung zu den genannten Aspekten zielführend, um eine einheitliche Verwaltungspraxis zu gewährleisten.</p>
§ 1	Absatz 5		

§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll			
§ 1	Absatz 6					
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.			
§ 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 Beatmungs-	GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹ Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			<p>entwöhnung oder Dekanülierung besteht, ein solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.</p>	<p>Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
			Zustimmung zur Formulierung von GKV-SV, KBV, PatV		<p>Die individuell vereinbarten medizinischen Therapieziele Weaning bzw. Dekanülierung müssen konsequent als Ziele der außerklinischen Intensivpflege definiert werden. Vor dem Hintergrund der Begutachtungspraxis des MD Bayern ist dieser Punkt wesentlich, um eine Verbesserung der aktuellen Versorgungs- und Lebensqualität dieser betroffenen Patientengruppe zu erreichen. Der Formulierungsvorschlag von GKV-SV, KBV und PatV ist konkreter und damit für den Bereich der Zielsetzung besser operationalisierbar.</p>	
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege						
§ 3	Absatz 1					

§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	--	---	---	------------	--------------------	-------------

			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.	lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
			Ablehnung	Zustimmung und Änderungsvorschlag ... weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich <i>oder</i>	Ablehnung	Die Empfehlung der DKG - "Versicherte, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Not-	Die vorgeschlagene Regelung lehnt sich an die heutige Regelung der Ziffer 24 der HKP-RL an und entspricht damit der gesetzlichen Vorgabe, den anspruchsberechtigten Personenkreis beizubehalten und nicht zu erweitern und zu verkleinern. den Die Vorgabe "mit hoher Wahrschein-	Siehe Begründungen

				<p><i>mehrfach wöchentlich</i> erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>		<p>wendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können..." würde aus gutachterlicher Sicht - v.a. im Hinblick auf die "können"-Formulierung - zu einer erheblichen Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises führen: Patienten mit schweren Herz-/Kreislaufkrankungen oder zerebralen Anfallsleiden, Kinder mit Diabetes mellitus sowie schwerstpflegebedürftige Personen mit Schluckstörungen bei Z.n. Apoplex oder bei Morbus</p>	<p>lichkeit täglich" ermöglicht bei der Begutachtung keine ausreichend klare, "quantifizierende" Einschätzung; sie sollte deshalb in der neu zu formulierenden Definition vermieden werden, um bisherige, daraus resultierende Missverständnisse, falsche Erwartungen, zu vermeiden.</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--	--

						Parkinson, die noch keine Trachealkanüle benötigen, wären darunter zu subsumieren.		
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² 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	PatV: (3) ¹ 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 ordnende Vertragsärztin oder der ordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten in der Regel unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Ein-		GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>weisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
			Zustimmung		<p>Um die aus der gesetzlich geforderten, regelmäßig durchzuführenden Potenzialerhebung resultierende Maßnahmen (Weaning, Dekanülierung) konsequent umzusetzen, sind sofortige Maßnahmen, so auch ggf. notwendige Einweisungen in spezialisierte stationäre Einrichtungen erforderlich. Eine Weiterverordnung der außerklinischen Versorgung würde verhindern, dass das vorhandene Potential zur Verbesserung der Lebensqualität nicht unmittelbar genutzt werden würde, insbesondere vor dem Hintergrund, dass z.B. die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Weanings mit der Dauer der Beatmung sich stetig verschlechtert.</p>	
§ 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.			
			Ablehnung	Personen, die eine außerklinische Intensivpflege benötigen, sind i.d.R. schwerstkrank. Regelmäßige persönliche Arzt-Patienten-Kontakte sind unverzichtbar, sowohl zur zeitnahen Erkennung und Behandlung akuter medizinischer Probleme als auch zur Beurteilung der weiteren Notwendigkeit von außerklinischer Intensivpflege.		
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
			Zustimmung		Die Prüfung des POTENTIALS entspricht der gesetzlich formulierten Vorgabe	
§ 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.			
			Zustimmung	Die Notwendigkeit einer verbindlichen Vorgabe von Kontrolluntersuchungen zur Potenzialerhebung wird durch die Begutachtungserfahrungen des MD Bayern bestätigt. Seit Jahren ist festzustellen: Aus medizinischer Sicht notwendige (Leitlinien-konforme) Kontrolluntersuchungen durch Experten zur Evaluation der Indikation von aufwändigen Therapien (Langzeitbeatmung, Tracheostoma-/Trachealkanülen-		

				<p>versorgung) und von aufwändigen Versorgungsformen (Außerklinische Intensivpflege, Hilfsmittelausstattung) finden nicht regelmäßig statt.</p> <p>Trotz ungesicherter bzw. fehlender Indikation werden aufwändige Therapien (Langzeitbeatmung, Tracheostoma-/Trachealkanülenversorgung) fortgesetzt, um die Versorgungsform Außerklinische Intensivpflege aufrecht zu halten.</p> <p>Durch die Fortsetzung von nicht mehr indizierten Therapien (Langzeitbeatmung, Tracheostoma-/Trachealkanülenversorgung) wird die Lebensqualität betroffener Personen beeinträchtigt und Risiken, z.B. für Infekte, erhöht. Vor dem Hintergrund der genannten Risiken bzw. der Einschränkung von Lebensqualität ist aus unserer Sicht eine 6-monatige Kontrolle notwendig und sinnvoll.</p>
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>	
			<p>Ablehnung</p>	<p>Krankheitsbilder des Kinder- und Jugendalters zeichnen sich durch eine hohe Dynamik aus. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen, mindestens alle 6 Monate, durch spezialisierte Fachärzte, ggf. in spezialisierten Zentren, ermöglichen sowohl eine Überprüfung und gegebenenfalls Optimierung der aufwändigen Therapien (Beatmung, Sekretmanagement,</p>

					Trachealkanülenmanagement) als auch eine aktuelle Potenzialerhebung (Weaning / Dekanülierung). Zudem eröffnet die Formulierung „insbesondere“ bei Kindern und Jugendlichen indirekt die unter § 3 Absatz 5 bzw. Absatz 6 Satz 10 und 11 bereits getroffene Regelung zur Potenzialerhebung.		
§ 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	
			Ablehnung PatV, Zustimmung KBV, GKV-SV, DKG		Nur durch eine regelhafte Vorgabe der aufgelisteten Befunde wird eine differenzierte und nachvollziehbare Potenzialerhebung gewährleistet.		
			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	DKG: 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkran-	KBV, GKV-SV, PatV	DKG	

		der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;	kungsphase eine erfolgreiche Beatmung erwarten lässt;		
		Zustimmung		Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung	
		KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten			
		Zustimmung		Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung	
		KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens			
		Zustimmung		Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung	
		KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
		Zustimmung		Wesentliche Komponente bei der Überprüfung der Indikation der Therapiemaßnahmen	
		KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
		Zustimmung		Wesentliche Komponente bei der Überprüfung der Indikation der Therapiemaßnahmen	
		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		<p>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).</p>				
			Ablehnung		Dieser dynamische Verweis erzeugt Rechtunsicherheit und ist fachlich abzulehnen, weil hierdurch eine Ungleichbehandlung der Sektoren ambulant und stationär erfolgt und darüber hinaus Änderungen des OPS immer automatisch verbindlich wären.		
§ 3	Absatz 8 bzw. 9						
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] einbezogen werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen</p>	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:	
			<p>Ablehnung PatV, Zustimmung KBV, GKV-SV, DKG</p>		<p>Durch die Vorgabe der aufgelisteten Aspekte wird eine differenzierte und nachvollziehbare Potenzialerhebung gewährleistet.</p>		
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische</p>	PatV, DKG	KBV, GKV-SV	

				Evaluation des Schluckens [FEES])		
				Zustimmung		Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
				Zustimmung		Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren

						ren Potenzialerhebung	
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität				
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität				
			Zustimmung	Wesentlicher Aspekt bei der Überprüfung der Indikation der Therapiemaßnahmen			
			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.				
			Zustimmung	Wesentlicher Aspekt im Rahmen der differenzierten und nachvollziehbaren Potenzialerhebung			
§ 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	KBV, PatV, DKG		GKV-SV

			Erwachsenenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.			
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ol style="list-style-type: none"> 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter 		
				Zustimmung		Die Handlungskompetenzen von Hausärzten muss durch die Entwicklung entsprechender ärztlicher Weiterbil-

						<p>dungsmodu- le z.B. „Außerkli- nische In- tensivver- sorgung“ gestärkt werden; zudem weist der Gesetztext auf die Notwen- digkeit ei- ner beson- deren Qua- lifikation der verord- nenden Ärzte hin.</p>
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			
			Zustimmung			
§ 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 Neuro-pädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.</p>	
			Ablehnung	Sektorale Ungleichbehandlung, daher muss die Regelung ab- lehnt werden (siehe oben)
§ 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>	
			Ablehnung	Eine Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Versi- cherte, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, kommt nur in besonderen medizinischen Konstellatio- nen in Betracht. Sowohl bei der Behandlung des Versicherten als auch bei der sachgerechten Ausstellung der Verordnung ist die fachliche Expertise des spezialisierten Facharztes not- wendig.

§ 4	Absatz 3 bzw. 4	Ablehnung Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner	<p>Bei Versicherten, die Außerklinische Intensivpflege benötigen, bestehen heterogene Krankheitsbilder. Häufig liegen komplexe internistische und neurologische Konstellationen vor. In vielen Fällen werden Weaning- bzw. Dekanülierungspotentiale sowohl im Rahmen der intensivmedizinischen Akutbehandlung als auch im weiteren Verlauf der Außerklinische Intensivversorgung nicht erkannt und nicht weiterverfolgt. Studien haben ergeben, dass mehr als 50% der Patienten, die auf Akut-Intensivstationen nicht von der Beatmung entwöhnt wurden bzw. nicht entwöhnt werden konnten, doch noch ein erfolgreiches Weaning erreichen können, wenn sie in einem spezialisierten Weaningzentrum betreut werden (Lit: Ambulante Intensivpflege nach Tracheotomie, Positionspapier, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2017; 142: 909-911).</p> <p>Die Potenzialerhebung muss vorrangig durch Fachärzte mit Nachweis einer 3-jährigen einschlägigen Tätigkeit in einem spezialisierten Zentrum erfolgen. Darunter sind (zertifizierte) Beatmungs- und Weaningzentren, Kliniken für neurologische Frührehabilitation (Phase B), Querschnittgelähmten-Zentren und Zentren für neuromuskuläre Erkrankungen zu subsumieren.</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>
-----	-----------------	--	---

§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,		
				Aus Sicht des MD Bayern müssen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie ebenfalls über umfassende Erfahrungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege und insbesondere dem Weaning bzw. der Dekanülierung verfügen, hier sollte eine gleichlautende Formulierung aufgenommen werden.	
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,		
				Aus Sicht des MD Bayern müssen Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie ebenfalls über umfassende Erfahrungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege und insbesondere dem Weaning bzw. der Dekanülierung verfügen, hier sollte eine gleichlautende Formulierung aufgenommen werden.	
		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	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versi-	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			cherten spezialisierten Be- atmungsentwöhnungs-Ein- heit [.]			
			Zustimmung	Ablehnung	Aus Sicht des MD Bayern müssen die Fachärztinnen und Fachärzte über einschlägige 3-jährige Erfahrungen verfügen, d.h. nachweisbare Erfahrungen. Nur von Erfahrungen zu sprechen, würde eine Operationalisierbarkeit verhindern bzw. einschränken. Die 3-jährige Erfahrung basiert auf anerkannten Empfehlungen und Leitlinien.	
			PatV zusätzlich: , 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			

			Ablehnung		Dieser dynamische Verweis erzeugt Rechtunsicherheit und ist fachlich abzulehnen, weil hierdurch eine Ungleichbehandlung der Sektoren ambulant und stationär erfolgt und darüber hinaus Änderungen des OPS immer automatisch verbindlich wären.	
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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. ² Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	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.	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.
			Zustimmung
§ 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
	Zustimmung	Den Angaben zum Weaning- und Dekanülierungspotenzial, deren Erhebung im Gesetz ausdrücklich gefordert wird, kommt als wesentliche Grundlage der Verordnung eine besondere Bedeutung zu; sie sind in der Verordnung nachvollziehbar darzustellen.	
§ 5	Absatz 2		

§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Zustimmung	Bei der Festlegung der Therapieziele müssen die genannten Aspekte (1-4) berücksichtigt und zur Sicherstellung der notwendigen interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit dokumentiert werden. Nach § 37c Abs. 1 Satz 8 Nr. 3 SGB V wurde der G-BA beauftragt, auch die Dokumentation des Entwöhnungspotenzials zu regeln. Der DKG-Vorschlag erfüllt diese Anforderungen nicht. Der GKV-Vorschlag nimmt diese Forderung präzise auf.
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			Zustimmung	Der differenziert formulierte Behandlungsplan beinhaltet in strukturierter Form die wesentlichen Aspekte der individuell notwendigen Versorgung und widerspiegelt die besondere Verantwortung aller Beteiligten, um das vorrangige Therapieziel der außerklinischen Intensivpflege - die Sicherstellung der Vitalfunktionen - zu erreichen. Die Vorgabe eines strukturierten Behandlungsplanes für alle an der Versorgung Beteiligten ist daher unerlässlich. Das Nähere dazu sollte zwingend in dieser Richtlinie festgelegt werden, andernfalls besteht die

					Gefahr, dass keine Transparenz darüber besteht, welche Regelungen z.B. im Bewertungsausschuss oder im Entlassmanagementvertrag getroffen werden. Aus Sicht des MD Bayern gehört dieses verbindlich geregelt in dieser Richtlinie		
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte				
			Ablehnung	s.o.			
			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)				
			Ablehnung	s.o.			
§ 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.				
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV	

			und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
			Zustimmung			Dass Patienten persönlich durch den behandelnden Arzt beurteilt werden, ist ein ärztliches Selbstverständnis, in diesem Rahmen müssen auch die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen einbezogen werden, damit das Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden kann. Diese Regelung ist daher zwingend erforderlich.
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat-soll			
			Ablehnung			Hausbesuche sind obligat.
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			
			Zustimmung	Dieser Regelung kann nur zugestimmt werden, Ziel des Gesetzgebers ist es, dass sichergestellt wird, dass Versicherte nicht aus dem Krankenhaus entlassen werden sollen, ohne dass ein entsprechender Versuch des Weanings bzw. einer Dekanülierung durchgeführt worden ist. Dieser gesetzlich implizierte Wille bildet sich mit dem Entwurf ab.		
§ 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 einzu beziehen.] ² oder ³ 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.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			Zustimmung		Bezüglich Ablehnung DKG Satz 2, die Einbindung der Krankenkassen noch vor Beauftragung eines Leistungserbringers, verhindert eine unabhängige und objektive Beratung des Patienten durch die Krankenkasse über z.B. mögliche Versorgungsformen der außerklinischen Intensivpflege, daher stimmt der MD Bayern dem Regelungsvorschlag von GKV-SV und KBV vollumfänglich zu.	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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.			
			Ablehnung		Diese Regelung geht an der Praxis vorbei, die Krankenkassen kennen nicht die tagesaktuell vorhandenen Kapazitäten der Leistungserbringer. Da ist Aufgabe des Sozialdienstes der Krankenhäuser.	
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der au-	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	ßerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
			Ablehnung		Bei im „Wesentlichen“ handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, daher ist das abzulehnen.	
§ 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.		
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			Zustimmung		Diese Regelung bildet die geübte Praxis ab und sollte daher auch Bestandteil der neuen Regelung sein.	
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
				Zustimmung	Die Verantwortlichkeiten für die Zusammenarbeit müssen klar geregelt werden, da ansonsten eine Zusammenarbeit der Willkür der einzelnen Beteiligten Leistungserbringer überlassen wird.	

					Wir stimmen dem GKV-SV zu, diesen Punkt verbindlich zu regeln. Der Vorschlag von DKG und KBV und PatV geht sogar hinter der heutigen Fassung der HKP-RL zurück. Dort steht in § 7 Abs. 1: „Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt die Verordnerin oder der Verordner mit dem Pflegedienst und der Krankenkasse der oder des Versicherten eng zusammen. Die Koordination der Zusammenarbeit liegt bei der Verordnerin oder dem Verordner.“	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			Zustimmung		Es ist zwingend erforderlich, die Krankenkassen darüber in Kenntnis zu setzen, damit auch von Seiten der Krankenkassen ein unterstützendes Fallmanagement erfolgen kann.	
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					

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

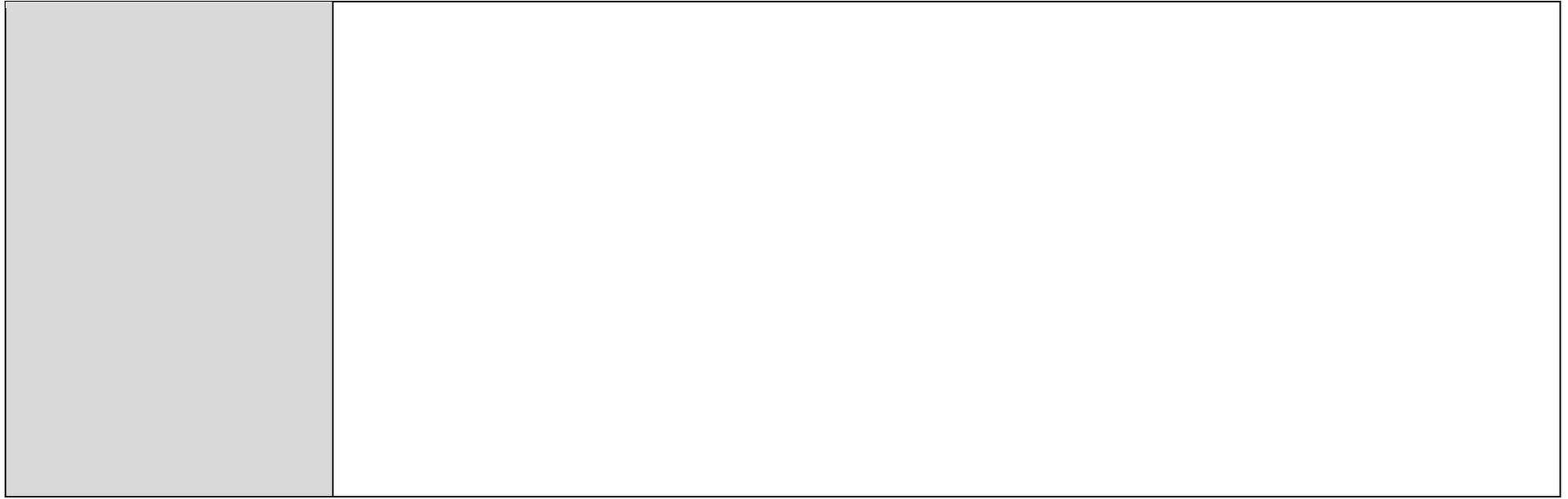
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		KBV, PatV: ¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	DKG, GKV-SV: ¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	KBV, PatV	DKG, GKV-SV
				Zustimmung		
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:
			Zustimmung		S.o.	
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.			Begründung zu § 3, Abs. 1 - Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege: Die vorgeschlagene Präzisierung der Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege wird aus Sicht des MD Bayern dringend empfohlen. Die festzulegende Definition wird maßgeblich darüber bestimmen, wie groß der künftig anspruchsberechtigte Personenkreis sein wird. Die Empfehlung der DKG - "Versicherte, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen me-			

dizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können..." würde aus gutachterlicher Sicht - v.a. im Hinblick auf die "können"-Formulierung - zu einer erheblichen Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises führen: 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.

Die Formulierungsempfehlung des MD Bayern resultiert aus Begutachtungserfahrungen seit 2009. Die damals neu gefasste und seither gültige Definition der Speziellen Krankenbeobachtung - HKP-Richtlinie Nr. 24: "ärztliche oder pflegerische Interventionen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich..." - ist nicht eindeutig formuliert.

Zahlreiche Personen mit zerebralem Anfallsleiden beantragen Außerklinische Intensivpflege / Spezielle Krankenbeobachtung, bei denen aus Sicht des MD die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, wenn nicht täglich (oder mehrfach wöchentlich) eine lebensbedrohliche Situation mit umgehend notwendiger behandlungspflegerischer Intervention auftritt. Bei Sozialgerichtsverfahren kommt es häufig zur Stattgabe durch die Gerichte unter dem Hinweis, dass nicht täglich eine konkrete lebensbedrohliche Situation eintreten müsse, sondern bereits das permanent "täglich" bestehende Risiko für eine lebensbedrohliche Komplikation die Voraussetzungen für die Gewährung einer Speziellen Krankenbeobachtung erfüllen würde. Dabei ist zu bedenken: In Deutschland sind ca. 650.000 Menschen von Epilepsie betroffen - mit einem Risiko für das Auftreten eines "großen", gegebenenfalls lebensbedrohlichen Anfalls und einem erhöhten Risiko, vorzeitig zu versterben. Die Frequenz der Anfallsereignisse variiert patientenabhängig stark; sie schwankt zwischen gelegentlich auftretenden Anfällen, z.B. 1x/Jahr, und tatsächlich täglich (oder mehrfach wöchentlich) auftretenden, lebensbedrohlichen Ereignissen.

Die Vorgabe "mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich" ermöglicht bei der Begutachtung keine ausreichend klare, "quantifizierende" Einschätzung; sie sollte deshalb in der neu zu formulierenden Definition vermieden werden, um bisherige, daraus resultierende Missverständnisse, falsche Erwartungen, zahlreiche Sozialgerichtsverfahren und uneinheitliche Verteilungen der (hochaufwändigen und kostenintensiven) Leistung künftig zu vermeiden.





**Stellungnahme zur Erstfassung der
Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege der AOK Sachsen-Anhalt**

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.

			AOK Sachsen-Anhalt		
			15.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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: /Pflegerkräfte		
			Diese Ergänzung wird abgelehnt.		Bereits §37c Abs. 1 SGB V legt fest, dass im Rahmen der AKI nur geeignete Pflegefachkräfte zum Einsatz kommen dürfen.

§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
			<p>Diese Ergänzung wird unterstützt.</p>	<p>§ 37c Abs. 1 SGB V definiert, dass im Rahmen der AKI der Einsatz von „geeigneten Pflegefachkräften“ erforderlich ist. Dies macht eine Konkretisierung des Begriffes „geeignete Pflegefachkraft“ erforderlich. Als geeignet sind solche Pflegefachkräfte anzusehen, welche besondere Qualifikationen für die Versorgung von AKI Patienten nachweisen. Näheres zur Qualifikation wird dann in der Rahmenempfehlung geregelt.</p>
§ 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).	
			Diese Ergänzung wird unterstützt.	Eine Konkretisierung der Anforderungen an sonstigen geeigneten Orten in der Richtlinie ist im Sinne des Patientenschutzes notwendig. Andernfalls wären die Anforderungen durch die Krankenkassen im Rahmen der Genehmigungsprüfung selbst festzulegen.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Eine Doppelfinanzierung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege und einer stationären Krankenhausbehandlung bzw. einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung ist ausgeschlossen. Krankenhausbehandlung im Sinne des §39 SGB V ist eine Vollversorgung
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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 § 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	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.					
			Die Formulierung des GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.					
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen	PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			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.	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.			
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Diese Formulierung wird unterstützt.	Diese Formulierung wird abgelehnt.		In der Gesetzesbegründung zum § 37c Abs. 1 SGB V wurde ausgeführt, dass der bisherige anspruchsberechtigte Personenkreis durch das IPREG nicht ausgeweitet werden soll. Dementsprechend muss §3 Absatz 1 inhaltlich der Definition der HKP Richtlinie Nr.	

						<p>24 „spezielle Krankenbeobachtung“ entsprechen.</p> <p>Die Positionen der DKG und PatV zu diesem Punkt sind abzulehnen, da hierdurch der anspruchsberechtigte Personenkreis erheblich erweitert werden würde und damit die Intention des Gesetzgebers missachtet wird: In beiden Positionen reicht es aus, dass lebensbedrohliche Einschränkungen eintreten könnten. Dadurch führt allein das Risiko einer Einschränkung von Vitalfunktionen bereits zur Anspruchsberechtigung. Dementsprechend wären z.B. alle Diabetiker dadurch anspruchsberechtigt, da</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>bei diesem Krankheitsbild grundsätzlich das Risiko einer Hypoglykämie besteht. Ähnlich verhält es sich bei Asthmatikern, Epileptikern und Patienten mit schweren neurologischen oder Herz-/Kreislaufkrankungen.</p> <p>Die Verwendung des Konjunktivs in der Formulierung von PatV und DKG ist daher abzulehnen.</p> <p>Die gemeinsame Position der GKV/KBV zum § 3 Abs. 1 ist zwingend zu übernehmen. Sie definiert den anspruchsberechtigten Personenkreis nach aktueller Nr. 24 HKP Richtlinie im Indikativ (Vorliegen von tatsächlichen Begeben-</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>heiten). Damit entspricht die GKV/KBV Position den gesetzgeberischen Willen und schafft Sicherheit bei allen beteiligten Akteuren. Nur die in der KBV/GKV-Position aufgeführte Kombination aus lebensbedrohlichen Störungen von Vitalfunktionen und der Notwendigkeit sofortiger Interventionen, mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich, entspricht dem anspruchsberechtigten Personenkreis nach aktueller Nr. 24 HKP-Richtlinie und führt nicht zu einer Leistungsausweitung. Dennoch werden mit dieser Regelung auch Patienten berücksichtigt, welche nicht invasiv beatmet oder</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							tracheotomiert sind, aber eine vitale Einschränkung mit täglich notwendigen und nicht vorhersehbaren sofortigen Interventionen aufweisen.	
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versi-	PatV: (3) ¹ 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		GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>cherten 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
			<p>Die Formulierung wird unterstützt</p>	<p>Diese Formulierung wird abgelehnt</p>	<p>Es sollte keine Verordnung mehr möglich sein, wenn Entwöhnungspotenzial vorliegt. Die Formulierung der PatV ist zu allgemein und fördert etwaige Verzögerungsstrategien.</p>	
§ 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.			
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Der anspruchsberechtigte Personenkreis ist hoch vulnerabel. Bei jeder Verordnung ist durch den verordnenden Arzt das Therapieziel zu überprüfen und individuell mit dem Versicherten zu erörtern. Dies ist nur im Rahmen einer persönlichen Untersuchung und Visite möglich. Die regelmäßige persönliche Untersuchung ist Voraussetzung um die Fehlanreize in der heutigen Versorgung zu beseitigen.		
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			Diese Formulierung wird unterstützt.	In den einschlägigen Leitlinien werden verbindliche Kontroll- und Evaluationsuntersuchungen mindestens alle 6 Monate postuliert. Neben der Potenzialerhebung findet hier auch die regelmäßig notwendige Beurteilung und ggf. Therapieanpassung statt.		

§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>			
			Diese Formulierung wird abgelehnt.		Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass bei trachealkanülierten oder beatmeten Versicherten mit jeder Verordnung eine Potenzialerhebung durchgeführt werden muss. Hier sollten keine Ausnahmen zugelassen werden, da auch der Behandlungsplan überprüft wird und sich daraus notwendige Therapieanpassungen ergeben. Die Formulierung der PatV (insbesondere im Satz 11) lässt eine Umgehungsstrategie zu und birgt das Risiko, dass Potenziale, Ressourcen und notwendige Therapieanpassungen nicht erkannt werden.	
§ 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
			PatV Formulierung wird abgelehnt. KBV, GKV-SV, DKG wird unterstützt.		Die Formulierung der PatV ist zu unverbindlich. Alle Parameter sind zu erheben. Die Qualität der Erhebung wäre mit der Formulierung der PatV nicht sichergestellt.	

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
Formulierung wird unterstützt. Ergänzung: (...) ggf. Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, welche die Spontanatmungskapazität und Schluckfunktion begrenzen.	Formulierung wird abgelehnt.	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.	

			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			
			Diese Formulierung wird unterstützt		Im Rahmen der Potenzialerhebung sollte im Dialog zwischen Arzt und Patient abgewogen werden, welche Behandlungen tatsächlich gewünscht sind, möglichst unter Nutzung eines strukturierten Assessments. Gleiches gilt für die Beurteilung der Lebensqualität	
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			Diese Formulierung wird unterstützt		s.o.	
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Diese Formulierung wird unterstützt		s. Nr. 8	
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
Diese Formulierung wird abgelehnt	Diese Formulierung wird unterstützt		s. Nr.8			
§ 3	Absatz 7 bzw. 8					

§ 3	Abs. 7 bzw. 8		<p>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).</p>		
			<p>Diese Formulierung wird abgelehnt.</p>		<p>Es müssen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus die gleichen Regelungen wie im außerklinischen Bereich gelten, da es hier um die Planung einer ambulanten Versorgung geht. Da im Krankenhausbereich häufig die außerklinische Intensivpflege erstmalig eingeleitet wird, ist diese Regelung besonders wichtig.</p> <p>Darüber hinaus verstößt der Verweis auf den OPS gegen das Bestimmtheitsgebot von Rechtsnormen, Art. 103 GG (dynamischer Verweis). Nach dem Bestimmtheitsgebot muss jeder Rechtsanwender klar erkennen können, was von ihm erwartet wird. Das bildet eine verfassungsrechtliche Grenze jeder Rechtssetzungsbefugnis. Der G-BA verweist hier aber nun auf auslegungsfähige Bestimmungen des OPS. Diese setzt zum einen eine andere Behörde fest. Zum</p>

					anderen unterliegt der OPS hinsichtlich seiner Anwendung bei der Krankenhausvergütung auch einer gerichtlichen Kontrolle sowie anderen inhaltlichen Fortentwicklungen. Die Inhalte werden also künftig „aus der Hand gegeben“. Ein derartiger dynamischer Verweis ist deshalb zu unbestimmt und genügt nicht den Anforderungen an eine abstrakt-generelle G-BA-Regelung.	
§ 3	Absatz 8 bzw. 9		Im Rahmen der Erhebung nach (Absatz 5 bzw. 6) bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten sind		Die G-BA-Regelung hätte zur Folge, dass bei tracheotomierten und gleichzeitig beatmeten Versicherten kein Trachelkanülenmanagement/Schluckdiagnostik erfolgen muss. Dies kann nicht gewollt sein. Die nachfolgenden Parameter müssen bei allen trachealkanülierten Versicherten erhoben werden, auch wenn diese beatmet sind. In §3 Abs. 5 bzw. 6 ist das auch so vorgesehen.	
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	PatV: sollen [...] einbezogen werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:
			2.Grund-und Begleiterkrankung einschließlich deren Prognose, (zusätzlich) Bennung der Funktionsbeeinträchtigungen, welche eine Dekanülierung verhindern		Vgl. Begründung Beatmung, § 3 Abs. 6 bzw. 7, Satz 1	

			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
			Diese Formulierung wird abgelehnt	Zusätzlich : (...) (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs) sowie Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität.		Analoges Vorgehen wie bei Beatmung (s.o.)
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität			
			Diese Formulierung wird unterstützt.			
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			

			Diese Formulierung wird unterstützt.			
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			
			Diese Formulierung wird unterstützt.			
§ 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.			
			Diese Formulierung wird unterstützt.		Es ist sinnvoll, diese Empfehlungen zu erwähnen, da die Empfehlungen zum Dysphagiemanagement im Alltag kaum bekannt sind.	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<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>			
			<p>Diese Formulierung wird abgelehnt.</p>		<p>Ursächlich für den AKI-Bedarf ist nicht das Vorhandensein einer Trachealkanüle, sondern die Multimorbidität mit einer Varianz an komplexen neurologischen und/oder internistischen Grunderkrankungen. Die in der HNO-Facharztausbildung erworbenen Methoden- und Handlungskompetenzen reichen in der Regel nicht aus, um das Therapieziel und die Behandlungsmaßnahmen dieser vulnerablen Versicherten festzulegen.</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</p>	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		
		Diese Formulierung wird abgelehnt.	Diese Formulierung wird unterstützt.	Gemäß §37c Abs. 1 SGB V dürfen nur Vertragsärztinnen und -ärzte AKI verordnen, welche für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert sind. Die Einbeziehung von Hausärztin-	

					nen und -ärzten ohne einschlägige Qualifikation ist zu weitreichend und wird abgelehnt.	
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			
			Diese Formulierung wird unterstützt.		Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass entsprechende Qualifikationen auch tatsächlich vorliegen.	
§ 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>			

			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Qualifikationsanforderungen sind nach patientenindividuellem Versorgungsbedarf und nicht nach Versorgungs-ort festzulegen. Qualifikationsanforderungen müssen denen im ambulanten Bereich entsprechen.
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Jede Verordnung ist durch den auf die Erkrankung spezialisierten Arzt auszustellen. Dies ist nur im Rahmen einer persönlichen Untersuchung möglich.
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		Die Erhebung des Potenzials (...) erfolgt abweichend von Absatz 1 durch folgende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte:	Die G-BA-Formulierung könnte dahingehend interpretiert werden, dass nur Ärztinnen und Ärzte, die an der normalen vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, potenzialberechtigt sind. Es muss mit der Formulierung oder in den tragenden Gründen sichergestellt werden, dass gem. §37c Abs. 1 Satz 7 SGB V auch die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden besonders qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zur Potenzialerhebung berechtigt sind. Dies betrifft insbesondere Krankenhausärztinnen und -ärzte aus qualifizierten Entwöhnungseinheiten.
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,	

§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	Diese Formulierung wird abgelehnt.		Siehe übernächster Punkt unten.			
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,					
			Diese Formulierung wird abgelehnt.		Siehe nächster Punkt unten.			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV		
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Diese Formulierung wird abgelehnt.	(Gemeinsame Begründung) Die einschlägigen Leitlinien empfehlen, dass die Potenzialerhebung nur von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden soll, die einschlägige Erfahrung in einer qualifizierten Entwöhnungseinrichtung haben (vgl. DGP 2017, DGP 2019). Auch im Gesetzentwurf werden Ärztinnen oder Ärzte genannt, die in einer solchen			

					<p>Entwöhnungseinrichtung tätig sind. In der Leitlinie der DGP 2017, Kap.8.6 wird beschrieben, dass in der Versorgungsrealität Klinikärzte regelhaft freiberuflich Beatmungspatienten ambulant versorgen. Gemäß den Vorgaben des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 1-717 zur „Feststellung des Beatmungstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials“ sind hierzu neben den oben genannten Ärztinnen und Ärzten mit Zentrumserfahrung auch Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung <i>Intensivmedizin</i> qualifiziert. In der Leitlinie wird gefordert, diese informellen Strukturen zu legalisieren. Mit der GKV-Position wird dieser Forderung entsprochen.</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. 			

			Formulierung wird abgelehnt.		Zu unbestimmt, insbesondere Punkt e. In den oben genannten Einrichtungen ist eine regelmäßige Behandlung von beatmeten und trachealkanülierten Versicherten nicht zwingend gegeben.	
§ 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>			
			Formulierung wird abgelehnt		Vgl. analog Ablehnung „Dynamischer Verweis“ § 3 Abs. 7 bzw. 8 .	
§ 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</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 Arzt-</p>	PatV, GKV-SV	KBV

			aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	suche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.		
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Diese Formulierung wird abgelehnt.		
§ 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	
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Diese Angaben sind für die Prüfung des Leistungsanspruchs und die Planung und Organisation der AKI sowie weiterer Behandlungsschritte notwendig.
§ 5	Absatz 2			
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Diese Ergänzung wird unterstützt.	Für eine fortlaufende Evaluation der Therapie ist es elementar, auch die Erörterung der Therapieziele und Maßnahmen mit dem Versicherten 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,	
			Diese Ergänzung wird unterstützt.	Eine abschließende Regelung durch den G-BA wird unterstützt, da sonst zwei Verträge mit unterschiedlichen Konfliktlösungsmechanismen existieren (Bundesmantelvertrag-Ärzte und Rahmenvertrag Entlassmanagement) und es ungeklärt bleibt, was letztendlich Gültigkeit besitzt.

				Darüber hinaus ist der Behandlungsplan originärer Bestandteil der AKI und kann nicht in anderen Normen geregelt werden.
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	
			Diese Ergänzung wird abgelehnt.	s.o.
			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)	
			Diese Ergänzung wird abgelehnt.	s.o.
§ 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.	
			Diese Ergänzung wird abgelehnt.	Gerade bei Kindern und Jugendlichen erfordern die zugrundeliegenden Entwicklungsstörungen und die daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen kurzfristige

					Anpassungen in der Therapieplanung und -umsetzung sowie eine suffiziente Hilfsmittelversorgung. Deshalb ist bei diesem Personenkreis eine Verordnungsdauer von längstens 6 Monaten zwingend einzuhalten.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Die Streichung wird abgelehnt.	Für eine bedürfnisorientierte Versorgung kann eine Teilübernahme der Pflege der Versicherten durch angeleitete Angehörige zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.	
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat -soll			
			Diese Formulierung wird abgelehnt.		„Soll“ beschreibt eine Herabstufung der Verpflichtung. Eine hohe Verbindlichkeit ist wichtig.	
§ 6	Absatz 3		Die Folgeverordnung ist spätestens drei Arbeitstage (...) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen		Aus unsere Perspektive ist der Zeitraum zu kurz, etwaig notwendige Therapieanpassungen und deren Organisation oder Nachfragen können in dieser kurzen Zeit kaum	

			geklärt werden. Hier sollten mindestens 7 Arbeitstage festgelegt werden.
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements			
§ 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.
			<p>Diese Ergänzung wird unterstützt.</p> <p>Im Rahmen des Entlassmanagements muss die Potenzialerhebung für die Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung zwingend erfolgen, da in der außerklinischen Intensivpflege nur Patienten anspruchsberechtigt sind, bei denen aktuell kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial vorliegt. Ausschließlich Abschlagszahlungen der Krankenhäuser als Sanktionsmaßnahmen für unterlassene Potenzialerhebungen reichen nicht aus, um dieses Ziel zu erreichen.</p>
§ 7	Absatz 4		

§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			<p>Diese Formulierung wird unterstützt.</p>	<p>Diese Formulierung wird abgelehnt.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	<p>DKG:</p> <p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>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>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>		
			<p>Diese Formulierung wird unterstützt.</p>	<p>Diese Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>s.o.</p>	
<p>§ 7</p>	<p>Abs. 4</p>	<p>Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7</p>	<p>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 genomme-</p>			

			nen 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.			
			Diese Formulierung wird unterstützt.			
§ 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.			
			Diese Ergänzung wird abgelehnt.		Diese Aufgabe obliegt dem Entlassmanagement des Krankenhauses.	
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Diese Formulierung wird unterstützt.		

					was zu Schwierigkeiten in der Umsetzung der Leitlinie führt. Die klare Formulierung der GKV, KBV, PatV schafft Rechtssicherheit.	
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Diese Formulierung wird abgelehnt.			
§ 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
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Diese Formulierung wird unterstützt.	Nach der bisherigen Regelung muss eine Verordnung, wenn Sie am Freitag ausge-	

					<p>stellt wird, am darauffolgenden Mittwoch bei der Krankenkasse eingegangen sein, so dass diese – abhängig von dem Zeitpunkt des Eingangs – am folgenden Donnerstag bearbeitet werden kann. Bei einer Verlängerung der Vorlagefrist auf 5 Arbeitstage muss die Verordnung, wenn diese an einem Freitag ausgestellt wird, am darauffolgenden Freitag bei der Krankenkasse vorliegen. Diese kann dann ggf. erst am folgenden Montag von der Krankenkasse bearbeitet werden. In diesem Beispiel müsste die Krankenkasse für 10 Tage Leistungen gewähren, ohne prüfen zu können, ob die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Somit kann die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Rahmen der HKP grundsätzlich nur im Genehmigungsverfahren erfolgen. Die Ausweitung der Vorlagefrist auf 5 Tage ist folglich eine einseitige Belastung der Solidargemeinschaft mit einem erheblichen Ausgabenrisiko.</p>	
§ 8	Absatz 4					

§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege			
§ 9	Absatz 1		<p>Der Umgang mit Dysphagie management</p> <p>Zentral ist nicht der bloße Umgang mit der Dysphagie, sondern das allumfassende Management dieser Störung.</p>
§ 9	Abs. 1	Satz 2	<p>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,</p>
			<p>Diese Ergänzungen wird abgelehnt.</p> <p>Die Inhalte der Aufzählungspunkte 1 bis 6 decken den anspruchsberechtigten Personenkreis vollständig ab. Die Inhalte der Punkte 7 und 8 führen möglicherweise zu einer Fehlinterpretation des Leistungsanspruchs, da Versicherte mit Maskenbeatmung und Sauerstofftherapie in der Regel keine AKI benötigen.</p>
§ 9	Absatz 2		
§ 9	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.</p>
			<p>Diese Ergänzung wird abgelehnt.</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			
			Diese Ergänzung wird abgelehnt.	An allen Versorgungsorten müssen geeignete Rahmenbedingungen vorliegen.		
§ 9	Absatz 6					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>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>nicht reduziert, um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem 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>		
			<p>Diese Formulierung wird unterstützt.</p>	<p>Diese Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>Rückzugspflege erfolgt auf Wunsch der Angehörigen und nach entsprechender Anleitung durch die Pflegefachkraft und ermöglicht den Familien ein Maß an Privatsphäre.</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 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].</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>	<p>GKV-SV</p>
			<p>Die Streichung wird abgelehnt.</p>	<p>Diese Formulierung wird unterstützt. Ergänzung um roten Passus: „Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt oder</p>		<p>Aufgrund der Komplexität der Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und</p>

				<p>der im Rahmen der Entlassung verordnende Krankenhausarzt tragen die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung [...].“</p>		<p>deren Behandlungsverläufen ist in der außerklinischen Intensivpflege eine sektorenübergreifende Kooperation und Koordination besonders wichtig. Daher obliegt die Verantwortung für die Behandlung und die Steuerung der entsprechenden interdisziplinären und sektorenübergreifenden Koordination der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>und bei Entlassung aus dem Krankenhaus der Krankenhausärztin bzw. dem Krankenhausarzt. Da die Ersteinstellung für die außerklinische Intensivpflege in der Regel im Krankenhaus stattfindet, muss der verordnende Krankenhausarzt auch die Verantwortung für die Erstversorgung im außerklinischen Bereich tragen und eine ver-</p>
--	--	--	--	--	--	--

						bindliche Kontrolluntersuchung terminieren (vgl. Leitlinie).
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Diese Formulierung wird unterstützt.		Entsprechend der einschlägigen Leitlinie müssen auf die Entwöhnung spezialisierte Entwöhnungseinrichtungen

						mit entsprechender ärztlicher Expertise immer in die Versorgung eingebunden sein. Sie stehen der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt beratend zur Verfügung. Dementsprechend müssen Kooperationen vorliegen.
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Voraussetzung für eine Fortführung bestehender Kooperationen sind die Erfüllung der Anforderungen dieser Richtlinie.		
§ 10	Absatz 2 bzw. 3					

§ 10	Absatz 3 bzw. 4					
§ 10	Absatz 4 bzw. 5					
§ 10	Abs. 4 bzw. 5	Satz 2	<p>GKV-SV, DKG: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.</p> <p>Diese Formulierung wird unterstützt.</p>	<p>KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.</p> <p>Diese Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Um ein bestehendes Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial auszuschöpfen, sind schnellstmöglich weitere medizinische Maßnahmen einzuleiten, da sonst das kurze Zeitfenster einer möglichen Therapieumstellung ungenutzt bleibt.</p>	<p>KBV, PatV</p> <p>Es handelt sich dabei um eine unbestimmte Angabe, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Zeitraum die Maßnahmen eingeleitet werden. Gefahr</p>

						der Umge- hungsstrate- gie.
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Diese Formulierung wird abgelehnt.	Voraussetzung für eine erfolgreiche Rückzugspflege ist die enge Abstimmung zwischen dem Versicherten bzw. dessen Angehörigen, dem Leistungserbringer nach § 132I SGB V und der verordnenden Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt über das Maß der Rückführung des Versorgungsumfanges sowie eine strukturierte Anleitung und Schulung der Angehörigen.	
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		KBV, PatV: ¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder	DKG, GKV-SV: ¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

			den verordnenden Vertragsarzt	Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Diese Formulierung wird unterstützt.		Die Versicherten sind vulnerabel. Der regelmäßige persönliche Kontakt zwischen verordnendem Arzt bzw. verordnender Ärztin und dem Versicherten im Rahmen von Hausbesuchen ist zwingend notwendig, um bspw. im Rahmen einer körperlichen Untersuchung die aktuelle Behandlung bewerten und

						erforderliche Maßnahmen einleiten zu können.
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:		
	Diese Formulierung wird unterstützt.	Diese Formulierung wird abgelehnt.	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.			
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.						

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 Beschlusssentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

			Konferenz der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin		
			20.07.2021		
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		

§ 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.	
			KBB: Dieser Satz ist zu streichen.	§ 37 c SGB V erteilt keinen Auftrag zur Spezifikation der Qualifikation.
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3		KBB, Satz 3: „angemessen berücksichtigt werden“ streichen	Soll gestrichen werden, da es nicht nötig und die Formulierung offen lässt, worauf sich die „angemessene Berücksichtigung bezieht.
§ 1	Absatz 4			
§ 1	Abs. 4 Satz 1 Ziff. 5		KBB: Ergänzung von „Horten“	Die Orte, an denen außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann, soll um die Horte erweitert werden, da auch bei intensivpflegerisch versorgten Kindern ein Betreuungsbedarf über die Unterrichtszeit hinaus bestehen kann.
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass 1. die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist,	

			<p>2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</p> <p>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>	
			<p>KBB: „regelmäßig wiederkehrend“ streichen und ergänzen „Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung.“</p>	<p>Die KBB stimmt mit der PatV überein, dass im Gegensatz zur HPK-Richtlinie auch Orte, an denen sich die Versicherten nur gelegentlich aufhalten, sonstige geeignete Orte i.S.v. § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V sein können, um eine selbstbestimmte Lebensführung und Mobilität zu ermöglichen.</p>
	Abs. 4 Nr. 5			
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>KBB: kann soll</p>	<p>KBB schließt sich PatV an. Krankenhausaufenthalte führen regelmäßig insbesondere bei schwerstbehinderten Menschen zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, weil die Krankenhäuser eben diese Form der Intensivpflege im normalen Alltag nicht erbringen können (obwohl sie dazu verpflichtet wären). Dass hier die Versicherten darunter leiden, ist nicht hinzunehmen. Daher sollten Ausnahmen ermöglicht werden, die KBB und eventuelle Regelungslücken geprüft</p>

				und geschlossen werden. Es muss sichergestellt werden, dass Versicherte, die außerklinische Intensivpflege erhalten, nicht schlechter gestellt werden, als Menschen, die ihre Teilhabeleistungen über die Eingliederungshilfe beziehen. Denn für diese ist Assistenz im Krankenhaus im § 113 SGB IX geregelt.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2		KBB: Nr. 3: Förderung und (ergänzen) der Erhalt von vorhandenen Funktionen und die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische In-	Nicht immer lassen sich positive Veränderungen formulieren; Therapieziele, die sich am Erhalt des Status quo orientieren, sind für Patient*innen unverzichtbar.

			tensivpflege erforderlich machen und den sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes		
			KBB: Nr. 3 Lebensqualität ergänzen		Es ist nicht ausreichend, nur den Gesundheitszustand zu fördern im Rahmen der Verbesserung der Funktionsbeeinträchtigungen und der sich daraus ergebenden Symptome. Auch die Lebensqualität muss berücksichtigt werden.
§ 2	Absatz 3				
§ 2	Abs. 3		DKG (3) ¹Bei 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) ¹Bei 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.	DKG GKV-SV, KBV, PatV:

				<p>²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
§ 2	Absatz 4		<p>KBB: einfügen: „Sollte der/die Versicherte bei stationären Aufenthalten Begleitung /Assistenz benötigen (z.B. wegen Kommunikationsbeeinträchtigungen), und kann diese nicht durchgängig sichergestellt werden (bspw. aufgrund von Begleit-/Besuchsverboten oder -einschränkungen), so darf der/die Versicherte nicht zu einem stationären Aufenthalt gezwungen werden. Der Aufenthalt wird nachgeholt, wenn die Begleitung/Assistenz zugelassen wird.“</p>		<p>Wie bereits erwähnt (vgl. Begründung zu § 1 Abs. 5 Satz 1/2) bergen stationäre Aufenthalte erhebliche gesundheitliche Risiken für Versicherte mit Intensivpflegebedarf. Zudem ist bei Aufenthalten, bei denen das Weaning/ die Dekanülierung erprobt werden soll, eine enge kommunikative Abstimmung notwendig, und der/die Versicherte benötigt bei Kommunikationsbeeinträchtigungen i.d.R. Unterstützung durch vertraute Personen, die zwischen dem /der Versicherten und dem Personal vor Ort vermitteln kann (z.B. bei Personen mit Aphasie oder im Wachkoma). Sind Begleitpersonen jedoch nicht oder nur sehr eingeschränkt zugelassen, wie dies seit vielen Monaten während der Covid 19 Pandemie z.B. der Fall war und z.T. noch ist, so darf dem/der Versicherten keinesfalls dieses gesundheitliche Risiko zugemutet werden. Zudem können die</p>	

						Effizienz und der Erfolg eines solchen stationären Aufenthalts durch fehlende Begleitung/Assistenz ernsthaft in Frage gestellt werden.		
§ 2	Absatz 5	KBB: Nr. 3: Erhaltungsziel formulieren						
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige	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 Anwesenheit einer geeigne-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz</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 unvor-</p>	<p>ten 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 sein</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

			einer Pflegefachkraft notwendig ist.	hersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
				KBB: lebensbedrohlich und täglich sind ersatzlos zu streichen, „ist“ durch „sein kann“ ersetzen			Streichen. Beide Adjektive stellen unangemessene Hürden dar. Kann keine außerklinische In-	

							<p>tensiv- pflege verord- net wer- den, gibt es nur die Leistun- gen der Pflege- versi- cherung (und nicht HKP, da diese nur me- dizini- sche Be- hand- lungs- pflege abdeckt und dies auch nur, so- weit sie</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>nicht selbst erbracht werden kann). Auch nicht unmittelbar lebensbedrohliche, tägliche Funktionsbeeinträchtigungen können einen Intensivpflegebedarf begründen, wie</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							es beispielsweise bei epileptischen Anfällen der Fall ist..	
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3	Satz 2	KBB: ambulante, heilmittelgestützte Anbahnung einer Dekanülierung und Beatmungsentwöhnung explizit aufzunehmen			Auch wenn das Wort „insbesondere“ darauf hinweist, dass hier nicht ausschließlich eine auf Beatmungsentwöhnung spezialisierte Einrichtung oder eine auf Dysphagie spezialisierte Einrichtung gemeint sind, ist der Hinweis auf die ambulante, heilmittelgestützte Anbahnung einer Dekanülierung und Beatmungsentwöhnung explizit aufzunehmen, da individuelle Konzepte in den letzten Jahren im Bereich der Intensivmedizin und Pneumologie immer mehr in den Fokus gerückt sind.		
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem	PatV: (3) ¹Zeigt 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 Si-</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>		
--	--	--	---	--	--

			<p>herstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>			
			<p>KBB: ergänzen bei Maßnahmen: „insbesondere die ambulante, heilmittelgestützte Anbahnung einer Dekanülierung oder Entwöhnung“</p>		<p>Ein stationärer Aufenthalt zum Weaning / zur Dekanülierung ist nicht immer direkt angezeigt, da dieser angebahnt werden muss. Ein Weaning / eine Dekanülierung setzt voraus, dass die Gründe für die Indikation nicht mehr vorliegen, und die notwendigen Kompetenzen wiedererworben wurden (z.B. Spontanatmung, Schlucken). Dies setzt i.d.R. eine längere Anbahnung des Entwöhnungsprozesses im häuslichen Bereich voraus. Diese Option muss explizit genannt werden, um ungewollte Drehtüreffekte zu vermeiden.</p>	
			<p>KBB: einfügen: „Sollte der/die Versicherte bei</p>		<p>Wie bereits erwähnt (vgl. Begründung zu § 1 Abs. 5</p>	

			<p>stationären Aufenthalte Begleitung /Assistenz benötigen (z.B. wegen Kommunikationsbeeinträchtigungen), und kann diese nicht durchgängig sichergestellt werden (bspw. aufgrund von Begleit-/Besuchsverboten oder -einschränkungen), so darf der/die Versicherte nicht zu einem stationären Aufenthalt gezwungen werden. Der Aufenthalt wird nachgeholt, wenn die Begleitung/Assistenz zugelassen wird.“</p>		<p>Satz 1/2 und § 2 Abs 4) bergen stationäre Aufenthalte erhebliche gesundheitliche Risiken für Versicherte mit Intensivpflegebedarf. Zudem ist bei Aufhalten, bei denen das Weaning/ die Dekanülierung erprobt werden soll, eine enge kommunikative Abstimmung notwendig, und der/die Versicherte benötigt bei Kommunikationsbeeinträchtigungen i.d.R. Unterstützung durch vertraute Personen, die zwischen dem /der Versicherten und dem Personal vor Ort vermitteln kann (z.B. bei Personen mit Aphasie oder im Wachkoma). Sind Begleitpersonen jedoch nicht oder nur sehr eingeschränkt zugelassen, wie dies seit vielen Monaten während der Covid 19 Pandemie z.B. der</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					Fall war und z.T. noch ist, so darf dem/der Versicherten keinesfalls dieses gesundheitliche Risiko zugemutet werden. Zudem können die Effizienz und der Erfolg eines solchen stationären Aufenthalts durch fehlende Begleitung/Assistenz ernsthaft in Frage gestellt werden.	
§ 3	Absatz 3 bzw. 4		KBB: an den Beratungen ist der Patient bzw. die An- und Zugehörigen zu beteiligen		Der auch in der UN Behindertenrechtskonvention fest verankerte Grundsatz „Nichts über uns ohne uns“ muss als Querschnittsziel beachtet werden.	
§ 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					
§ 3		Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG

	Abs. 5 bzw. 6				
§ 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.		
			KBB: bei Patient*innen ohne Entwöhnungspotenzial sollte die Prüfung entfallen. Bei den anderen Patient*innen sollte die Potenzialerhebungen nur 1 Mal jährlich stattfinden.	Da der MDK ohnehin 1x jährlich den Ort der Versorgung prüft, ist vor dem Hintergrund des Gesetzesziels der Ressourcenschonung nur eine jährliche Überprüfung angezeigt. Bei Personen mit Entwöhnungspotenzial wird ohnehin unterjährig geprüft, und es besteht eine Meldepflicht der Vertragsärzt*innen.	
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.		
			KBB: Diese Regelung muss gleichermaßen für Erwachsene ohne Entwöhnungspotenzial gelten.	Im Sinne der Ressourcenschonung und des Bürokratieabbaus sollten keine unnötigen Erhebungen von Entwöhnungspotenzialen stattfinden, wenn bereits festgestellt wurde, dass diese nicht vorhanden sind.	
§ 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		
			KBB: PatV wird unterstützt.		Mit dieser Formulierung können Menschen ohne Entwöhnungspotenzial ausgenommen werden. Dies korrespondiert auch mit § 2 Absatz 5			
			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		
					KBB: Diese Position wird unterstützt.			
			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:
			KBB: PatV wird unterstützt.		„sollen“ erweitert den Handlungsspielraum. Es muss klar definiert sein, 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.	
			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	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz	DKG	KBV, GKV-SV, PatV

			6. Patientenwillen	7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens		
			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: ²Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte						
§ 4			Die KBB fordert eine Öffnungsklausel, dass bei nachweislich nicht vorhandenen Ärzt*innen mit der geforderten Qualifikation auch andere verordnen/ Potenzial erheben dürfen, z.B. Hausärzt*innen (VO), HNO (Potenzial erheben).“	Bereits in der Anhörung zum Gesetzgebungsverfahren haben diverse Fachgesellschaften (DIGAP, DGP) darauf aufmerksam gemacht, dass es die Vertragsärzt*innen mit dem erforderlichen Qualifikationsniveau, die zudem noch Hausbesuche absolvieren sollen, für die		

			<p>rund 20.000 Versicherten mit Intensivpflegebedarf in Deutschland nicht flächendeckend gibt. Die DIGAP schreibt bspw.: „Da es heute oft schwer bis fast unmöglich ist, einen Facharzt - unabhängig von der Fachrichtung – für die medizinische (Mit-)Betreuung der betroffenen Menschen zu finden und in ländlichen Gegenden vielfach sogar Hausärzte fehlen, sollte die Praktikabilität der ärztlichen Verordnung (Befugnis), solange eine derartige Mangelsituation besteht, geregelt werden.“. Es muss daher dringend eine Öffnungsklausel /Übergangsregelungen geschaffen werden, dass bei nachweislich nicht vorhandenen Vertragsärzt*innen mit der geforderten Qualifikation auch andere Ärzt*innen Intensivpflege verordnen/ Potenzial erheben dürfen, z.B. HausärztInnen (VO), HNOs (Potenzial erheben). Sonst haben die Neuregelungen zur Folge, dass dieses Unterversorgungsproblem auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen wird.“</p>
§ 4	Absatz 1	KBB: Ergänzung von MZEB, SPZ, MVZ.	<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 helfen, die Versorgungslücken für Kinder, Jugendlichen und Erwachsene mit schweren (Mehr-)Behinderungen zu schließen und können zu kürzeren Wegen und Wartezeiten in der ärztlichen Versorgung führen.</p>

§ 4	Abs. 1	Satz 2	KBV, PatV, DKG: 5. für Kinder- und Jugend- medizin [.]	GKV-SV: 5. für die Behandlung von Kindern und Jugend- lichen und jungen Er- wachsenen in der Über- gangsphase zum Er- wachsenenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fach- ärzte a) mit der Zusatzbezeich- nung Kinder- und Ju- gend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht be- atmeten Versicherten.			

			KBB: PatV wird unterstützt.		Die Erweiterung wirkt den Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Raum entgegen.	
§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>KBV, PatV, DKG: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				außerklinisch Be- atmeter verfügen.		
			KBB: PatV wird unter- stützt.		Die Erweiterung wirkt den Versorgungslücken insbe- sondere im ländlichen Raum entgegen.	
§ 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte			
			<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, 			

			6. für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			
			KBB: PatV wird unterstützt.		Die Erweiterung wirkt den Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Raum entgegen.	
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	KBB: Hausärzt*innen aufnehmen		Dies trägt insbesondere der Konstellation Rechnung, in der der Facharzt, die Fachärztin weit weg ist und der Hausarzt, die Hausärztin vor Ort die Regelversorgung übernimmt.	
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			ger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	ger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			PatV zusätzlich: 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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 ärzt-			

			liche Einschätzung des Beatmungsstatus nach § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V erfüllen. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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. ² Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	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 Arzt-suche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>KBB: PatV wird unterstützt, mit der Ergänzung, dass die Landes-KVen und Gesundheitsportale einbezogen werden.</p>		<p>Die Arztsuche der KBV verweist nur auf die KVen. Außerdem sollte hier das Gesundheitsportal mitbedacht werden. Das entspricht auch der Intention des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG).</p> <p>Barrierefreiheit muss auf der Grundlage des Behindertengleichstellungsgesetzes – (BGG) § 4 Barrierefreiheit - verankert werden, und die Informationen sollten bei den jeweiligen Ärzt*innen auch auf den Seiten der KV eingefügt werden, oder es sollte verpflichtend geregelt werden, dass die KV-Seiten auf die KBV verlinken.</p>	
§ 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			
			KBB: Eine Erörterung muss folgende Punkte enthalten KBB: Bei der Aufzählung in der Klammer unter 2. ist der Behandlungsplan aufzunehmen	
	Absatz 2	Satz 3	KBB: zusätzlich 5.: Beitrag der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes zum Erreichen der Therapieziele und weist im Rahmen der Erörterung auf die Möglichkeit des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 SGB V hin.	Satz 3 ist unter 5. als ein Aspekt der Erörterung aufzunehmen, damit es auch verbindlicher Bestandteil derselben der Erörterung und zu einer ungleichgewichtigen Beziehung zwischen Arzt/Ärztin entgegenwirken kann.

				Die Erweiterung ist aufzunehmen um die Anwendung des § 11 Absatz 4 SGB V zu ermöglichen und damit das Wunsch- und Wahlrecht sicherzustellen.
§ 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	
			KBB: schließt sich KBV, DKG, PatV an	Die KBB hält diese Lösung für flexibler.
			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	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			<p>KBB: erweitert die Forderung der PatV um den Aspekt der Altersunabhängigkeit für alle Patient*innen ohne Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial</p>	<p>Für Menschen ohne Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial geht es ausschließlich um eine Therapieoptimierung, die auch ohne zusätzliche aufwändige Arztbesuche stattfinden wird durch multiprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. § 10). Überdies können durch dieses Vorgehen Ressourcen gebündelt werden. Auch der MD überprüft nach § 37c SGB V die Örtlichkeiten nur einmal jährlich.</p>		
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Ver-</p>	<p>PatV: [streichen]</p>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			besserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			KBB: Ergänzung: wenn die Gründe für die Fristversäumnis nicht durch den Versicherten/die Versicherte zu verantworten sind, gilt die Verordnung weiter.	Z.B. kurzfristige Absagen des Arztes/ der Ärztin dürfen nicht zu Lasten des Versicherten/der Versicherten gehen. Die Finanzierung muss sichergestellt sein.		
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 7	Absatz 1		KBB: Die KBB hält die Frist mit Blick auf § 6 Absatz 3 für viel zu kurz und schlägt vor, einen Zeitraum von fünf Wochen, analog zur Erstverordnung § 6 Absatz 1. Wenn die Gründe für die Fristversäumnis nicht durch den Versicherten/die Versicherte zu verantworten sind, gilt die Verordnung weiter.	Angesicht der Unterversorgung insbesondere in Flächenländern bezüglich der Vertragsärzte und Pflegedienste, ist die Frist unrealistisch. Versorgungslücken und beispielsweise kurzfristige Absagen des Arztes/ der Ärztin dürfen nicht zu Lasten des Versicherten/der Versicherten gehen. Sowohl die Versorgung als auch die Finanzierung müssen sichergestellt sein.		
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

				<p>KBB: Schließt sich ausdrücklich der PatV an, fordert aber folgende Ergänzung</p> <p>²Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit dem/der Versicherten und 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>	<p>Nur eine solche Formulierung stellt das in § 37c SGB V verankerte Wunsch- und Wahlrecht sicher.</p>	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <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</p>	<p>DKG:</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,</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	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		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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,			

			KBB: Zustimmung zur PatV		Eine solche Konkretisierung wird als hilfreich für die Eindeutigkeit notwendiger Kenntnisse eingeschätzt.	
§ 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.			
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der	GKV-SV, KBV, DKG	

		<p>Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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>		
--	--	---	--	--	--

				<p>KBB: Der Beitrag der PatV wird ausdrücklich und vollumfänglich unterstützt. Der Begriff „Rückzugspflege“ wird ausdrücklich abgelehnt.</p>		<p>Dies gilt auch für Begründung dieses Abschnitts in den „Tragenden Gründen“. Zusätzlich weist die KBB darauf hin, dass der Begriff „Rückzugspflege“ nur im Rahmen von Entwöhnungsprozessen angemessen erscheint. Außerklinische Intensivpflege umfasst aber weit mehr Menschen, so dass bereits die Wortwahl einen falschen Eindruck erweckt.</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: [Absatz streichen]</p>	<p>GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>	<p>GKV-SV</p>

				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].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			KBB: Die PatV wird unterstützt.		Der auch in der UN Behindertenrechtskonvention fest verankerte Grundsatz „Nichts über uns ohne uns“ muss als Querschnittsziel beachtet werden.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			KBB: Die PatV wird unterstützt.		Nichts über uns ohne uns	

§ 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
			KBB: KBV, DKG, PatV wird unterstützt.		Eine Verpflichtung wird auch unter dem Aspekt des Ressourcenmanagements sowie vor dem Hintergrund der Multimorbidität der meisten Versicherten, die Anspruch auf Intensivpflege haben, als nicht sinnvoll angesehen.	
§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: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			unverzöglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>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>		
				<p>KBB: Die PatV wird unterstützt.</p>		
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		<p>KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	<p>DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	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.					

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.

	Arbeitskreis „Außerklinische Intensivpflege“ Ruhr/Münster/Ostwestfalen (AKI)	
	Hinweis: Die Vertreter der am AKI Ruhr/MS/OWL teilnehmenden Kostenträger sind nicht an der Stellungnahme zum Beschlussentwurf der Richtlinie über die Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege beteiligt.	
	16.07.2021	
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: /Pflegerkräfte	
			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen) : PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte	Leistungserbringung der medizinische Behandlungspflege in der Außerklinischen Intensivpflege nur durch qualifizierte <u>Pflegefachkräfte</u> .
§ 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.	
§ 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>AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen) :-Bezugnehmend auf den Satz: „Berechtigten Wünschen des Versicherten ist zu entsprechen“ und der Regelung in §37c Abs.3 bis 9 SGB V.</p> <p>Sollte der MD tatsächlich die beurteilende und beratende Instanz werden, sind die zuständigen Mitarbeiter entsprechend im Case Management für die außerklinische Intensivpflege zu qualifizieren, ihre pflegfachliche und medizinische Kompetenz vorausgesetzt. Hier bedarf es einer intensiven Wissensvermittlung sowohl zu den Versorgungsstrukturen als auch im Bereich der persönlichen Beratung der Betroffenen im Sinne einer spezialisierten Pflegeberatung, um ggf. eine gemeinsame Zielvereinbarung/ Versorgungsplanung zu erarbeiten.</p>	<p>Bisher gibt es beim MD sehr wenige fachlich wie sozialrechtlich ausreichend qualifizierte Mitarbeiter (Pflegefachkräfte, Ärzte), die sich detailliert in der Außerklinischen Pflegelandschaft auskennen. Es handelt sich in der Regel bei der außerklinischen Intensivpflege um hochkomplexe sensible Versorgungssituationen, die neben der medizinisch-pflegerischen Expertise ebenfalls ein hohes Maß an sozialer und beraterischer Kompetenz benötigen.</p> <p>Um eben eine passgenaue, sowohl die individuellen Potenziale als auch die psychosozialen Faktoren berücksichtigende Versorgung, zu finden, bedarf es einer umfassenden Expertise im Sinne eines Case Management sowie ausreichend Zeit für umfassende Steuerungsmaßnahmen. In der Regel haben Gutachter des MD diese bisher nicht.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			

§ 1	Abs. 7 und Abs. 8	<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
<p>§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege</p>			
§ 2	Absatz 1		
§ 2	Absatz 2	<p>AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Zu den Therapiezielen sollte ebenfalls die Förderung der psychischen Stabilität ergänzt werden. Diese und die daraus resultierende Eigenmotivation des Betroffenen führt überhaupt erst zu den Zielen wie Weaning oder sogar Dekanülierung.</p> <p>Um diese Stabilität oder zumindest eine Verbesserung zu erreichen, bedarf es angemessener Strukturen wie z.B. spezialisierte psychotherapeutische Begleitung des Gesamtprozesses.</p> <p>AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Ergänzend sollte eine</p>	<p>Bisher wird diese wichtige Komponente völlig außer Acht gelassen. Viele Betroffene in diesen schweren und belastenden Situationen leiden unter massiven Ängsten, Panikattacken, schwersten Depressionen oder deliranten Zuständen. In solchen Fällen müssen zunächst die mentalen Möglichkeiten geschaffen werden, damit ein Weaningprozess erfolgreich sein kann.</p>

		neurologische Mitbehandlung insbesondere zur Delirbehandlung ein Therapieziel sein.				
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

§ 2	Absatz 4	AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Wie ist die zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte Einrichtung definiert?			Wenn diese spezialisierten Einrichtungen ausschließlich zertifizierte Weaningzentren sein sollen, deckt die vorhandene Anzahl an Zentren nicht den Bedarf.			
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefach-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</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 unvorhersehbar erforderlich ist,</p>	<p>kraft 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--	--

			wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): schließt sich GKV-SV, KBV an: Mit Ausnahme: täglich				
§ 3	Absatz 2						
§ 3	Absatz 3						
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem	PatV:	GKV-SV, KBV	PatV	

		<p>Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außer-klinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden.</p> <p>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.</p> <p>³Sind kurzfristig keine Kapazitäten in einer der vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis</p>	<p>(3) ¹Zeigt 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>		
--	--	--	--	--	--

			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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 3		Satz 10	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			

	Abs. 5 bzw. 6	und 11	<p>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. ¹¹Die 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>			
			<p>AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): In welchem Setting soll die regelmäßige Bedarfserhebung durchgeführt werden?</p>		<p>Zurzeit im ambulanten Setting so gut wie nicht möglich. Wie können im Bereich niedergelassenen Vertragsärzte diese Ressourcen vorgehalten werden?</p>	
§ 3	Absatz 6 bzw. 7		<p>(Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Wie ist die Erhebung des Hustenstoßes und der Sekretion/ Sekretlast definiert?</p> <p>Wer hält die Gerätschaften zur Feststellung der Gasaustauschparameter vor?</p>		<p>Diese Werte sind schwer zu objektivieren. Beim Hustenstoß ist die Bestimmung des Peak-Cough-Flow denkbar.</p> <p>Die Anschaffung und der Unterhalt eines BGA-Gerätes oder einer transkutanen CO₂- Messung sind mit hohen Kosten verbunden.</p>	
§ 3	Abs. 6 bzw. 7	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] erhoben werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben</p>	PatV	KBV, GKV-SV, DKG
			<p>0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation</p>			

			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				
		AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): unterstützt diesen Vorschlag				
		KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)				

			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): unterstützt diesen Vorschlag			
			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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>7. Notfallsituatio- nen und</p> <p>8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter verfügen.</p>		
			<p>AKI (Arbeitskreis Außer- klinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwest- falen): Handlungskompe- tenzen sind klar zu defi- nieren. Grundsätzlich ist der Vorschlag zu begrü- ßen, allerdings sind Haus- ärzte mit entsprechenden Qualifikationen äußerst selten.</p>		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 be- darf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>	

KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
PatV zusätzlich: , 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.			

§ 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</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>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>

			dem Vertragsarzt enthalten.			
§ 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	
			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Zu Punkt 1: ergänzen um „Therapielimitationen“	
§ 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	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			<p>AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Zusätzlich für Erwachsene mit ähnlichen Voraussetzungen einräumen</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: <i>[streichen]</i></p>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 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		AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): grundsätzlich zu befürworten			
§ 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 ver-	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	tragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.		
			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Die Krankenkasse setzt für die Beratung und das Case Management/Überleitmanagement entsprechend qualifiziertes und geschultes Personal ein.		Die meisten Krankenkassen verfügen bisher nicht über das notwendige fachliche Wissen, um eine umfassende Beratung und Begleitung von Betroffenen in der AKI sicherzustellen. Es kommt häufig zu Missverständnissen und Konflikten, die nicht selten in langen und teuren Gerichtsverfahren enden. Durch eine übergeordnete fachliche Beratung und Begleitung im Sinne eines Case Managements können solch komplexe Versorgungssituationen erfolgreich und zufriedenstellend für alle Beteiligten begleitet werden. Auch der	

					wirtschaftliche Aspekt für die Krankenkassen ist bei einem umfassenden Case Management nicht zu verachten, ebenso die Zufriedenheit der Versicherten und ihrer Angehörigen. Eine klare WinWin-Situation wird geschaffen. (Siehe Erfahrungen der Spezialteams der AOKen!)	
§ 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 § 132l 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 § 132l Absatz 5 SGB V be-	GKV-SV, KBV	DKG

			stehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar		
			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter darf und kann von seinem freien Wahlrecht aus einer regelmäßig aktualisierten und freizugänglichen Liste von Leistungserbringern Gebrauch machen.	Jeder Betroffene hat das Recht auf Selbstbestimmung.	
§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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,			

			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Punkt 7[bzw. 9] streichen	Fehlende technische Ausstattung in der Außerklinischen Intensivpflege.
§ 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.	
			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): grundsätzlich zu befürworten, allerdings vor dem Hintergrund der Abgrenzung und Definition von SGB V und SGB XI Leistungen nicht umsetzbar.	
§ 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	
			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Anmerkung zu Satz 2:	

			Was bedeutet fach- und sachgerechte Infrastruktur und welche Elemente gehören dazu?			
§ 9	Absatz 6					
§ 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 Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.	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 beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden. ³ Der Versor-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

				gungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
§ 9	Absatz 7		AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Ergänzung: Liegt der Bedarf für außerklinische Intensivpflege gemäß §3 Abs. 1 nicht mehr vor, endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege mit dem Ablauf von 3 Kalendermonaten.		So ist eine Stabilisierung des Betroffenen möglich und ausreichend Zeit eine bedarfsgerechte Weiterversorgung zu organisieren.	
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1		AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Wer soll das Gesamtnetzwerk koordinieren? Ein übergeordnetes neutrales Case Management sollte implementiert werden.		Bisher nicht vorhanden. Bei den verordnenden Vertragsärzten werden keine Ressourcen gesehen.	
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

			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].		
			AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen): Absatz streichen		Ist durch die Vertragsärzte nicht umsetzbar.
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung		
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen		

§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der ver-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	ordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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:

<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>	<p>AKI (Arbeitskreis Außerklinische Intensivpflege Ruhr/Münster/Ostwestfalen):</p> <p>Wir regen an, dass für die Fort- und Weiterbildung der Pflegefachkräfte einheitliche Curricula in Anlehnung an die bereits bestehenden Curricula der DIGAB e.V. und KNAIB e.V. erarbeitet werden.</p> <p>Ebenso möchten wir mit Nachdruck darauf hinweisen, dass die Qualifizierung der Pflegefachkräfte sowie die notwendigen Personalschlüssel einheitlich sowohl in den ambulanten Versorgungen der Außerklinischen Intensivpflege als auch den stationären Fachpflegen geregelt werden. Ob ambulant in der 1:1 Versorgung, einer Wohngemeinschaft oder in einer stationären Pflegeeinrichtung, die direkten Tätigkeiten der Pflegefachkräfte beim Betroffenen unterscheiden sich nicht.</p> <p>Im Sinne der Gleichbehandlung und Gleichstellung kann es nicht sein, dass beispielsweise in einer Wohngemeinschaft für außerklinische Intensivpflege ein Personalschlüssel von 1:2 respektive 1:3 im Tagesdurchschnitt angesetzt wird, jedoch in einer stationären Pflege mit einem Schlüssel von 1:6 im Tagesdurchschnitt versorgt wird.</p> <p>Wir machen uns große Sorgen um eine in der Anzahl ausreichende Versorgung durch Fach- bzw. Vertragsärzten/innen, um allen Ansprüchen hinsichtlich der Verordnung von Intensivpflege, der Versorgung, Visitierung und Hebung von Weaningpotentialen des hier vorliegenden Entwurfes gerecht zu werden.</p>			



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.

			Ambulanter Dienst Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin
			13.07.2021
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: /Pflegerkräfte ↓
§ 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.

			<p>4Medizinische Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege darf zur Gewährleistung der Patientensicherheit nur durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden. [GKV-SV, DKG, KBV, zusätzlich: Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.] Dafür ist mindestens ein Nachweis eines Basiskurses für außerklinische Intensivpflege zu führen.</p>	<p>Aus unserer Sicht insbesondere im Kontext von professionellen Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege (§1, Absatz 4, 1-4) eine qualifizierte Mitarbeiterschaft die Grundlage für eine angemessene Pflege. Deswegen ist die Pflicht zur Beschäftigung von Fachkräften obligatorisch. Die Qualifikation sollte auf Verlangen auch nachgewiesen werden können, mindestens durch einen Basiskurs für außerklinische Intensivpflege. Vgl. auch die Empfehlungen der KNAIB „Qualifikation außerklinische Intensivpflege“.</p> <p>Ungeachtet der Regelungen in §132I SGBV sollte die Definition einer „geeigneten Pflegefachkraft“ auch in diesem Entwurf klar gefasst sein.</p>
§ 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).
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p>
§ 1	Absatz 6		
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.			
			Wir schließen uns der Position von GKV-SV, KBV, PatV an.	Die Hinführung zur Dekanülierung oder Entwöhnung von der invasiven Beatmung sollte die grundsätzliche Ausrichtung der außerklinischen Intensivpflege darstellen, sofern ein entsprechendes Potential vorhanden ist. Einrichtungen sind darauf zu verpflichten, konsequent auf die Entwöhnung bzw. Dekanülierung hinzuarbeiten. Insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion über missbräuchliche Strukturen in der außerklinischen Intensivpflege ist diese Eindeutigkeit zwingend. Gleichzeitig darf dieser Grundsatz nicht zu einer Benachteiligung derjenigen Personen führen, die nicht entwöhnt bzw. dekanüliert werden können. Deswegen ist der Verweis auf §3 Absatz 6 notwendig.		
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege						
§ 3	Absatz 1					

§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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 Pfl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	--	--	--	-----	-------------	------

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>gefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
§ 3	Absatz 2							

§ 3	Absatz 3				
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>					

			vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3		Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			

	Abs. 5 bzw. 6		GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden. Diese Erhebung ist in Form einer interdisziplinären Fallbesprechung unter Beteiligung der Kostenträger, der Leistungserbringer, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Betroffenen und ihren Angehörigen durchzuführen.		Regelmäßige Erhebungen im Form interdisziplinärer Fallbesprechungen ermöglichen die enge Abstimmung aller Beteiligten unter größtmöglicher Wahrung der Eigeninteressen und Selbstbestimmung der intensiv gepflegten Personen. Die Interdisziplinarität ermöglicht eine schnelle Abstimmungen und stellt sicher, dass keine für die Beurteilung notwendigen Parameter übersehen wird.	
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			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		Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ² Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			

	Abs. 8 oder 9					
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<ul style="list-style-type: none"> 7. Notfallsituatio- nen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter verfügen. 		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 be- darf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 4	Absatz 2				
§ 4	Abs. 2	Satz 1	<p>DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹Erfolgt die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege für beatmete Versi- cherte 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 Fach- ärztinnen und Fachärzte</p> <ul 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, 		

			für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1				
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
§ 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		
			GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,

§ 5	Abs. 5	Satz 1				
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4</p>	<p>DKG:</p> <p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>verständnis 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>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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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,			

			<p>Zusätzlich: Für die adäquate Umsetzung dieser Aufgaben sollen die Einrichtungen nach §1, Absatz 4, 1-4 abhängig von ihrer Größe mindestens einen Atmungstherapeuten oder eine Atmungstherapeutin beschäftigen.</p>	<p>Atmungstherapeutinnen und -therapeuten übernehmen eine Scharnierfunktion von der Klinik zur außerklinischen Intensivpflege. Sie stellen die Fachlichkeit in den entsprechenden Einrichtungen sicher und tragen Verantwortung für die qualitative hochwertige Durchführung komplexer Pflegevorgänge wie beispielsweise das Sekretmanagement oder das Trachealkanülenmanagement.</p> <p>Atmungstherapeuten übernehmen damit wesentliche Aufgaben im Prozess der Entwöhnung oder Dekanülierung und sollten in Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege zum Standard gehören. Da es in diesen Einrichtungen idealerweise zu regelmäßigen Neueinzügen oder Auszügen von Patienten kommt, übernimmt der Atmungstherapeut hier auch wichtige Kommunikationsaufgaben an der Schnittstelle zur Klinik. Hier sind – im Gegensatz zur Pflege im eigenen Haushalt – zudem regelmäßige Anpassungen von mehreren Betroffenen zu erwarten.</p> <p>Die Beschäftigung eines Atmungstherapeuten im eigenen Haushalt ist jedoch organisatorisch und finanziell nicht zu leisten. Deswegen sollte die Pflicht zur Beschäftigung eines Atmungstherapeuten auf Einrichtungen gemäß §1, Absatz 4, 1-4 beschränkt werden.</p>
--	--	--	---	--

§ 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.			
§ 9	Absatz 3					
§ 9	Absatz 4					
§ 9	Absatz 5		² Dabei ist insbesondere eine stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur sowie eine angemessene Personalausstattung inklusive Atmungstherapeut oder Atmungstherapeutin notwendig.	Vgl. §9, Absatz 1.		
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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 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].</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>	<p>GKV-SV</p>
				<p>Wir schließen uns der Position der GKV-SV an. Zusätzlich: Dafür nimmt er oder sie direkt nach dem</p>	<p>In unserem Alltag kommt es insbesondere bei Kliniken mit wenig Erfahrungen mit beatmeten oder</p>	

				Einzug des Versicherten in die Folgeeinrichtung sowie spätestens nach vier Wochen Kontakt zur Nachfolgeeinrichtung auf.	trachealkanülierten Personen zu Schnittstellenproblematiken wie bspw. unvollständigen Arztbriefen oder unvollständig übermittelten Informationen. Durch zwei verpflichtende Nachfassgespräche direkt nach dem Einzug und spätestens vor dem Ablauf der Erstverordnung (§3, Absatz1) werden Kommunikationsflüsse sichergestellt und Fehlbehandlungen aufgrund unvollständig vorliegender Informationen vermieden.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			

§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der ver-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	ordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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:

<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>				

Von:

[REDACTED]

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Bezugnahme auf Ihr Schreiben vom 25.06.2021 möchten wir hiermit für die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft unsere Stellungnahme zur Richtlinie zur Erstfassung der Verordnung außerklinischer Intensivpflege mit dem von Ihnen übermittelten Formular beiliegend übermitteln.

Die DGNR ist die medizinisch-wissenschaftliche Vertretung von über 1000 Rehabilitationseinrichtungen mit ca. 25.000 Betten in ganz Deutschland, davon ca. 5.000 in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B mit intensiv behandlungs- und überwachungspflichtigen Patienten (Krankenhaus-Behandlung). Insbesondere werden in diesem Bereich über 1000 Weaning-Betten vorgehalten [1], in denen Patienten von der maschinellen Beatmung entwöhnt werden. Aufgrund dieser hohen Fallzahl existiert für das prolongierte Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation eine eigene S2k-Leitlinie [2]. Dazu kommt ein hoher (zweistelliger) Prozentsatz der nicht-beatmungspflichtigen Patienten zur Entwöhnung von der Trachealkanüle, die in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation versorgt werden [3].

Trotz großer Behandlungserfolge in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, gelingt die Entwöhnung von der Beatmung und/oder der Trachealkanüle nicht in jedem Einzelfall, daher ist die Mehrheit der befragten Einrichtungen auch in die ambulante Nachbetreuung involviert [4].

Sowohl die Persistenz einer Beatmungspflichtigkeit, als auch der Notwendigkeit einer Trachealkanülenversorgung erfordern zwangsläufig die Verordnung außerklinischer Intensivpflege, die auch ein relevanter Faktor für das Langzeitüberleben ist [5].

Somit stellt die DGNR die medizinisch wissenschaftliche Fachgesellschaft dar, die fachlich mit die größten Zuweiserstrukturen für die außerklinische Intensivpflege vertritt.

Für Rückfragen und eine Beteiligung am mündlichen Beratungstermin über die Erstfassung einer Richtlinie zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege stehen wir gern zur Verfügung.

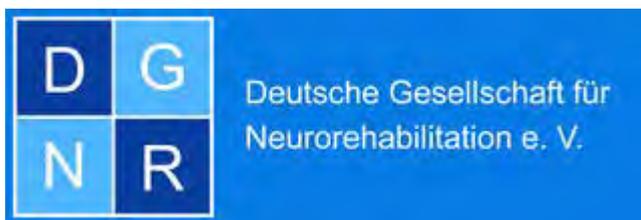
Mit freundlichen Grüßen,

T. Platz

Prof. Dr. med. T. Platz

Präsident

Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR)



Ärztlicher Direktor Forschung

Leiter Institut für Neurorehabilitation und Evidenzbasierung,
An-Institut der Universität Greifswald

BDH-Klinik Greifswald gGmbH

Zentrum für NeuroRehabilitation · Beatmungs-
und Intensivmedizin · Querschnittgelähmtenzentrum
Karl-Liebknecht-Ring 26a
17491 Greifswald

Tel: +49 (03834) 871-490

Tel (Sekr.): +49 (03834) 871-201

Fax: +49 (03834) 871-302

Mail: t.platz@bdh-klinik-greifswald.de

„Die Informationen in diesem Schreiben sind vertraulich zu behandeln und ausschließlich für den o. g. Empfänger bestimmt! Sollten Sie das Dokument irrtümlicherweise erhalten, so bitten wir Sie, das Dokument zu vernichten und uns unverzüglich darüber in Kenntnis zu setzen, damit die Information an den richtigen Empfänger weitergeleitet werden kann. Vielen Dank!“

„The information in this letter are confidential and intended solely for the above receiver. If you receive this document in error, so we ask you to destroy the document and we shall be immediately notified, so the information can be forwarded to the correct recipient. Thank you!“

Literatur:

1. Platz T, Bender A, Dohle C, et al (2020) German hospital capacities for prolonged mechanical ventilator weaning in neurorehabilitation – results of a representative survey. *Neurol Res Pract* 2:18. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00065-1>
2. Rollnik JD, Adolphsen J, Bauer J, et al (2017) Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. *Nervenarzt* 88:652–674. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0332-0>
3. Pohl M, Bertram M, Bucka C, et al (2016) Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Ergebnisse einer multizentrischen Erfassung im Jahr 2014 in Deutschland. *Nervenarzt* 87:634–644. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0093-1>
4. Rollnik JD, Brocke J, Gorsler A et al. (2020) Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – Ergebnisse der „WennFrüh“-Studie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation. *Nervenarzt* 91, 1122–1129. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00976-z>
5. Pohl M, Berger K, Ketter G, et al (2011) Langzeitverlauf von Patienten der neurologischen

[REDACTED]

Betreff: Stellungnahmeberechtigte Org. gem. VerFO | Bitte um Stellungnahme | AKI-RL |
Erstfassung AKI-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend erhalten Sie den Beschlussentwurf sowie die Tragenden Gründe zu der geplanten **Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-Richtlinie) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)** mit der Bitte um Abgabe Ihrer schriftlichen Stellungnahme gemäß **1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a Verfahrensordnung (VerFO) des Gemeinsamen Bundesausschusses**.

Die Frist zur Abgabe einer Stellungnahme endet am **23. Juli 2021**.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und bedanken uns für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] *aufgefuehrten
Empfaenger bestimmt.Im Falle einer irrtuemlichen Uebermittlung bitten
wir um Ruecksendung an den Absender. Wir weisen darauf hin, dass diese Sendung
einschliesslich aller Anlagen insbesondere Dateianlagen unser Eigentum
ist und ohne unsere schriftliche Zustimmung weder abgeaendert, kopiert noch
dritten Personen zugaenglich gemacht werden darf.*

This e-mail is private and confidential and should only be read by those to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, please return this e-mail to the sender. We notify that any dissemination, distribution, copy, reproduction, modification or publication of this communication is strictly prohibited. This message is not intended to be relied upon by any person without subsequent written confirmation of its contents.



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.

			Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR)	
			20.07.2021	
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	

§ 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.
§ 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>DG NR: Die DG NR folgt dem Formulierungsvorschlag der PatV: Die außerklinische Intensivpflege ist in den meisten Fällen 24/7 zu erbringen.</p>

			<p>Zum Vorschlag der KBV, DKG, GKV-SV:</p> <p>Der Passus „regelmäßig wiederkehrend“ kann die Teilhabe Betroffener am Arbeitsleben / Ausbildung/ Privatleben deutlich einschränken</p>	<p>Punkt 1: Personen, die eine 1:1 Pflege benötigen, wären von Teilnahmen an Klassenfahrten, Reisen, nicht regelmäßig geplanten Aktivitäten ausgeschlossen. Der Betroffene müsste diese Aktivitäten selbst finanzieren.</p> <p>Punkt 3: Die Voraussetzungen, die eine Schule/ Ausbildungseinrichtung vorhalten muss, sollten realistisch sein.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und		DKG zusätzlich: (7) Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem 01.01.2023 verordnet.	

	Abs. 8		(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.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3	<p>DG NR: 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. Maßnahmen sind auch zur Erreichung folgender Ziele zu ergreifen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbesserung von Vigilanz und Interaktionsvermögen 2. Verbesserung kognitiver und kommunikativer Leistungen 	Neurologische Erkrankungen können durch rehabilitative Behandlung (u.a. Beatmungsentwöhnung, Dysphagietherapie, Trachealkanülenmanagement und – entwöhnung) maßgeblich bezüglich ihrer Funktionsstörungen und damit der Notwendigkeit der AKI verbessert werden. Überwiegend gelingt dies bereits postakut während der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (vgl. u.a. Rollnik et al. 2021). Aber auch, wenn dies nicht gelingt, ist während der AKI durch eine gezielte ambulante neurorehabilitative Förderung, die neben Heilmitteln u.a. aus den Bereichen Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie auch aktivierende therapeutische Pflege beinhaltet, eine Funktionsverbesserung möglich, die dann nach einer gewissen Zeit auch	

		<p>3. Verbesserung der Schluckfunktion und des Sekretmanagements</p> <p>4. Verbesserung der sensomotorischen Kontrolle (Kopf/Hals, Rumpf, Extremitäten)</p> <p>Daraus ergeben sich insbesondere auch folgende unterstützende Maßnahmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Therapeutische Förderung der Wachheit und Interaktionsfähigkeit, 2. therapeutische Förderung von Aufmerksamkeit und Konzentration, 3. therapeutische Förderung der Wahrnehmung (multimodal), 4. Therapeutische Förderung von Schluckfunktion und Sekretmanagement und damit direkt in Zusammenhang stehenden Körperfunktionen 4. therapeutische Förderung von Kopf-, Rumpf-, und Extremitätenkontrolle (posturale Stabilität und Willkürbewegungsfähigkeit), 5. Übertrag der erreichten Körperfunktionsverbesserungen in den Alltag durch aktivierend therapeutische Pflege 		<p>zu einem konkret umsetzbaren Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung und/oder Dekanülierung führen kann. Eine solche (Beatmungsentwöhnung und/oder Dekanülierung) wäre dann in einem entsprechend geeigneten Zentrum der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation umzusetzen.</p> <p>Zielsetzungen und Maßnahmen, die im Entwurf beschrieben sind, greifen zu kurz, da sie wesentliche Determinanten der Notwendigkeit der außerklinischen Beatmung und/oder Versorgung mit einer Trachealkanüle nicht adressieren, nämlich die vielfältigen Folgen einer schweren Schädigung des zentralen und/oder peripheren Nervensystems. Deren multimodale Behandlung jedoch ermöglicht das Erreichen eines Entwöhnungspotenzials ganz wesentlich.</p>	
§ 2	Abs. 3	DKG (3) ¹ Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum	GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹ Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			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.	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 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					

§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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 Pfl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	---	---	---	-----	-------------	------

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>gefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
§ 3	Absatz 2							

§ 3	Absatz 3	<p>DG NR:</p> <p>Zustimmung zum GLV-SV / KBV-Vorschlag.</p> <p>Ergänzungsvorschlag zu „Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung“:</p> <p>Bei neurologischen Grunderkrankungen, die zur Notwendigkeit der Beatmung/Versorgung mit Trachealkanüle führen, soll insbesondere eine direkte Einweisung in ein entsprechend geeignetes Zentrum der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation erfolgen.</p>		<p>Ist ein konkret umsetzbares Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung und/oder Dekanülierung erkennbar, ist eine solche (Beatmungsentwöhnung und/oder Dekanülierung) vorrangig anzustreben und wäre bei neurologischen Grunderkrankungen, die zur Notwendigkeit der Beatmung/Versorgung mit Trachealkanüle führen, in einem entsprechend geeigneten Zentrum der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation umzusetzen. Zur Erklärung siehe auch Ausführungen zu §2 Absatz 3.</p>	
§ 3	Abs. 3	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden.</p> <p>²Stattdessen leitet die Ver-</p>	<p>PatV:</p> <p>(3) ¹Zeigt 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 o-</p>	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>tragsärztin 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>der 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>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4	<p>DG NR:</p> <p>Änderung empfohlen:</p>				

			Wenn ein Einverständnis von Seiten des Patienten, der bevollmächtigten Personen oder des gesetzlichen Vertreters gegeben ist, sollte Einbezug rehabilitativer und palliativmedizinischer Fachkompetenz erfolgen.		Außerklinische Intensivpflege und Beatmung sind nur dann sinnvoll, wenn rehabilitative, auf Teilhabe gerichtete, und palliative, auf Linderung gerichtete medizinische Konzepte ineinandergreifen. Nur so kann eine optimale Lebensqualität erzielt werden (Groß und Demmer 2021).	
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 3		Satz 10	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			

	Abs. 5 bzw. 6	und 11	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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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	DKG: 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der	KBV, GKV-SV, PatV	DKG

			Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;	Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
			DG NR: Alternativvorschlag: Einschätzung des Regenerationspotenzials und bei prinzipiell kooperationsfähigen Patient*innen der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten		Grundsätzlich ist zu beachten, dass ein Weaning- und/oder Trachealkanülen-Entwöhnungspotenzial auch bei schwer qualitativ bewusstseinsgestörten Personen zu bewerten ist und bewertet werden kann. Der Sachverhalt eines organisch nicht zu einer Kooperation fähigen Patienten darf für sie/ihn keine Nachteile durch eine Feststellung „nicht kooperativ / Therapie-adhärenz“ führen. Auch diese Personengruppe kann deutliche organ funktionsbezogene therapeutische Fortschritte machen, wobei atemphysiologische und bewusstseinsbezogene Fortschritte auch zeitlich versetzt auftreten können und zu beobachten sind.	
			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:
			DG NR:			

			<p>Der Vorschlag der DKG (Punkt 3/ Überprüfung der Schluckfunktion) wird unterstützt; der Vorschlag der KBV, GKV-SV enthält wünschenswerte Anliegen, die in der ambulanten Versorgung bislang nicht umgesetzt werden können und wird daher abgelehnt.</p>	<p>In der ambulanten Versorgung ist bislang eine apparative Diagnostik der Schluckfunktionen mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]) nicht umsetzbar / forderbar, da sie zwar in Krankenhäusern, aber nicht in der ambulanten Versorgung flächendeckend vorgehalten wird.</p>		
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])</p>	<p>PatV, DKG</p>	<p>KBV, GKV-SV</p>
			<p>DGNR: Alternativvorschlag: 6. bei prinzipiell kooperationsfähigen Patient*innen Adhärenz</p>	<p>Grundsätzlich ist zu beachten, dass ein Weaning- und/oder Trachealkanülen-Entwöhnungspotenzial auch bei schwer qualitativ bewussteinsgestörten Personen zu bewerten ist und bewertet werden kann. Der Sachverhalt eines organisch nicht zu einer Kooperation fähigen Patienten darf für sie/ihn keine Nachteile durch eine Feststellung „nicht kooperativ / Therapie-adhärenz“ führen. Auch diese Personengruppe kann deutliche organfunktionsbezogene therapeutische Fortschritte ma-</p>		

				chen, wobei atemphysiologische und bewusstseinsbezogene Fortschritte auch zeitlich versetzt auftreten können und zu beobachten sind.
		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		
		DG NR: Ergänzung: Diätetische, logopädische, ergo- und physiotherapeutische und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten sowie aktivierender therapeutischer Pflege		Wie unter §2 Absatz 3 ausgeführt kann während der AKI durch eine gezielte ambulante neurorehabilitative Förderung, die neben Heilmitteln u.a. aus den Bereichen Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie auch aktivierende therapeutische Pflege beinhaltet, eine Funktionsverbesserung möglich sein, die dann nach einer gewissen Zeit auch zu einem konkret umsetzbaren Potenzial für eine Dekanülierung führen kann.
		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		<p>DGNR: Zustimmung zum Primärtext, FA für Neurologie muss dort mit enthalten sein.</p> <p>Zu den SN der KBV, PatV, DKG, GKV-SV: Für die Behandlung von Kindern und jüngeren Jugendlichen sind FÄ Kinder- und Jugendmedizin, bei neurologischer Erkrankung a.e. mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie geeignet; für Erwachsene sollte kein FA für Kinder- und Jugendmedizin die Bewertung vornehmen, sondern die im Primärtext genannten FÄ.</p>		<p>Viele Fälle außerklinischer Beatmung und/oder der Trachealkanülen-Versorgung basieren auf einer neurologischen Erkrankung (Schädigung des Nervensystems). Entsprechend sollten FÄ für Neurologie für diese Klientel die Erhebungen und Verordnungen vornehmen, bei Kindern und (zumindest jüngeren) Jugendlichen idealer Weise FÄ Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie, wobei FÄ mit dem Schwerpunkt nicht flächendeckend verfügbar sein werden. Junge Erwachsene sollten durch den jeweiligen Gebietsfacharzt betreut werden.</p>	
§ 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	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			DGNR: Anmerkung zum GKV-SV-Vorschlag: Der Kriterienliste kann so nicht zugestimmt werden		Wenn ein solcher Nachweis gefordert werden soll, wäre explizit zu spezifizieren, anhand welcher Nachweise dieser konkret belegbar wäre. Es erscheint wenig plausibel, dass Personen aus der hausärztlichen Versorgung z B Handlungskompetenzen im prolongierten Weaning haben können.	
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinder-	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>ärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		
			<p>DGNR: Anmerkung zum GKV-SV-Vorschlag:</p>			

			Dem Genehmigungsvorbehalt kann so nicht zugestimmt werden	Wenn ein solcher Genehmigungsvorbehalt eingeführt werden soll, wäre explizit zu spezifizieren, anhand welcher Nachweise dieser konkret belegbar wäre.
§ 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		DG NR: Anmerkung zum DKG-, KBV-, PatV -Vorschlag: Keine Zustimmung: Die FA-Qualifikationen sollten identisch zu §4 Absatz 1 sein.	Es gelten die gleichen fachlichen Voraussetzungen.
§ 4	Abs. 2	Satz 1	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte <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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.	

§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		<p>DGNR: Vorschlag: (1) Erhebung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen: 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>(2) Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen: - FÄ für Neurologie, - Fachärzte der Kinder- und Jugend-Medizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie,</p>	<p>Die (1) Erhebung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. (2) zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen sind getrennt zu bewerten und zu formulieren.</p> <p>Ad 1: Formulierung analog OPS sinnvoll.</p> <p>Ad 2: 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. Die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen</p>

			- andere FÄ mit Handlungskompetenz in der Behandlung neurogener Dysphagien und Trachealkanülenmanagement	Maßnahmen sind durch entsprechend qualifiziert Fachärzte durchzuführen, i.d. R. FÄ für Neurologie bzw. Fachärzte der Kinder- und Jugend-Medizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. anderen FÄ mit Handlungskompetenz in der Behandlung neurogener Dysphagien und im Trachealkanülenmanagement.		
§ 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,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			PatV zusätzlich: , 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Qualifikationen nach § 4	KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach § 4 Absatz 1, Absatz [2 bzw. 3] und	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>Absatz [3 bzw. 4] werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1					
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p>			

§ 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		DGNR:DGNR: Änderungsvorschlag zu Satz (1) Zeitraum der Erstverordnung: ...soll die Erstverordnung einen Zeitraum von <u>6-8 Wochen</u> nicht überschreiten		Aus organisatorischer Sicht ist dieser Zeitraum realistischer (Arztsuche, Einholen von Unterschriften des Betreuers, Koordination des Visitermins und Einhaltung der Ablauffrist für Folgeverordnung -> (3)).
§ 6	Absatz 2		DGNR: Änderungsvorschlag:Ändeungsvorschlag: Die Folgeverordnung kann längstens für sechs Monate ausgestellt werden, es sei denn es liegt eine Indikation zur dauerhaften Beatmung oder Trachealkanülenversorgung vor. In dem Fall kann die Verordnung für unbegrenzte Zeit erfolgen.		Dies soll am Beispiel der invasiven Beatmung bei amyotropher Lateralsklerose (ALS) erläutert werden. Die Situation ist irreversibel / progredient. Die Notwendigkeit der Bürokratisierung des Vorgangs und des belastenden wiederkehrenden medizinisch nicht begründeten repetitiven Nachweises einer unabänderlichen bzw. sich verschlechternden Situation ist nicht gegeben.
§ 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.		
			DKG, GKV-SV, KBV:	PatV:	DKG, GKV-SV, KBV PatV

§ 6	Abs. 2	Satz 2	² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	<i>[streichen]</i>		
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 7	Absatz 1		DG NR: Änderungsvorschlag zu (1) Entlassmanagement: Im Rahmen des Entlassmanagements ...außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu <u>vierzehn Kalendertagen</u> nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.		Aus organisatorischen Gründen (Vertragsarzt für Folgeverordnung muss kommen, Betreuerunterschrift einholen, Bearbeitungszeit bei der KK) ist der vorgeschlagene Zeitraum von nur <u>sieben Kalendertagen</u> zu knapp bemessen.	
§ 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.			
			<p>DGNR: Streichen oder ersetzen durch: Dabei ist durch das Krankenhaus zu veranlassen (und die gesetzliche Krankenversicherung sicherzustellen), dass bei aktuell vorliegendem Potential keine Überführung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung erfolgt.</p>	<p>Das Krankenhaus kann dies nicht sicherstellen, da nicht ausreichend Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Rosseau veröffentlichte 2017, dass 85% der Patienten der AKI direkt von Akutintensivstationen zuverlegt wurden, ohne in einem Zentrum behandelt worden zu sein. Roesners Veröffentlichung von 2019 deckte die Gründe – zumindest für die Region Niedersachsen-Bremen – auf: Nur 45% der für die Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR) angemeldeten Patienten sowie 37% der beatmeten für die NNFR angemeldeten Patienten erhielten einen Behandlungsplatz.</p>		
§ 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.]	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	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>² oder ³Die 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.</p>	<p>selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			die Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>		
§ 7	Absatz 5				

§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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,			
			DGNR: Änderungsvorschlag Punkt 9 und 11: zu Anleitung von pflegenden Angehörigen zur Befähigung zur eigenständigen Bewältigung von Alltagssituationen unter Berücksichtigung der in der Leitlinie "Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz" (AWMF/Windisch et al. 2017) festgelegten Vorgehensweise	AWMF/Windisch et al. 2017, a.a.O. S. 59: „Sind Angehörige in die Pflege mit einbezogen, soll frühzeitig ... eine strukturierte Einarbeitung am und zusammen mit dem Patienten erfolgen (Fischer and Prentice, 1982; Glass et al., 1999; Rose et al., 2015b). Dabei soll ein Schulungsplan erstellt werden (Spence, 1995; Make et al., 1998b; Glass et al., 1999; Warren et al., 2004), der repetitiv abgearbeitet wird, bis die einzelnen Maßnahmen von den Angehörigen sicher beherrscht werden. Idealerweise erfolgen diese Schulungen innerhalb kurzer Trainingsphasen von ca. 30-minütiger Dauer (Thompson and Richmond, 1990). Ziel der Schu-		

				<p>lungsmaßnahmen ist das Erreichen einer konkreten, individuell angepassten Handlungskompetenz, um die Versorgung des Patienten bedarfsgerecht ausführen zu können. Bei der Einbeziehung von Angehörigen in die außerklinische Betreuung beatmeter Patienten sollte das Hinzuziehen von Experten mit Kenntnissen und Erfahrungen zum jeweiligen Krankheitsbild und den notwendigen therapeutischen Maßnahmen zumindest zur Vertiefung der Einarbeitung und ggf. auch zur weiteren Begleitung erwogen werden.“</p>
§ 9	Absatz 2		<p>DGNER: Das Petitum der PatV wird unterstützt und ergänzt: Umfasst sind auch pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie bei der Mobilität in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind (aktivierende therapeutische Pflege), auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht.</p>	<p>Wie oben bereits näher ausgeführt, ist bei neurologischen Erkrankungen, die zur Notwendigkeit der AKI führen, patientenindividuell in unterschiedlichen Konstellationen eine komplexe therapeutische Förderung erforderlich, um insgesamt das Ziel der Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung und die dafür notwendigen Voraussetzungen zu erreichen, wozu auch die aktivierende therapeutische Pflege gehört.</p>
§ 9	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.</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			
			DGNR: Ergänzung der PatV ist sinnvoll und sollte übernommen werden	Aus dem Recht auf gleichberechtigte Teilhabe nach UN-Behindertenrechtskonvention und dem Grundgesetz geht hervor, dass der Patient das Recht hat, sich an Orten aufzuhalten, die nicht der in Absatz 5 angestrebten Normung entsprechen.		
§ 9	Absatz 6					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>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>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. 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		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2		DGNR: Änderungs- und Ergänzungsvorschlag: Der an der außerklinischen Versorgung koordinierende <u>Vertragsarzt</u> und weitere Angehörige von Gesundheitsfachberufen (z.B. geeignete Pflegefachkräfte, <u>Atmungs-therapeuten</u> , Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten,		Es ist unrealistisch, hier mehrere Vertragsärzte an einen Tisch zu bekommen. Ein Arzt muss allerdings für die Koordination des interdisziplinären Teams zuständig sein.	

			<p>Hilfsmittelversorger) arbeiten im Rahmen eines Netzwerkes eng zusammen. Das Netzwerk kann auch <u>telemedizinisch</u> oder angegliedert an geeignete <u>multiprofessionell ambulant arbeitende Versorgungsstrukturen</u> integriert werden, wie z.B. an ein Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB), Sozialpädiatrische Zentren und Spezialambulanzen an neuromuskulären Zentren sowie zukünftig durch die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zu zertifizierende Zentren für Außerklinische Beatmung.</p>		<p>Atmungstherapeuten sind Teammitglieder mit entscheidender Expertise und sollten daher aufgeführt werden. Das MZEB (SGB 5, Paragraph 119c) ist durch die stattfindene interdisziplinäre Arbeitsweise bei entsprechender Schwerpunktbildung eine zur Behandlung von Patienten der AKI geeignete Organisationsform (Winterholler 2019). Analoges gilt für die anderen genannten Beispiele. Relevant wäre hier, Strukturen der ambulanten Versorgung, die die geforderte Arbeitsweise bei fachlichem Bezug umzusetzen in der Lage sind, zu berücksichtigen und zumindest im Grundsatz zu benennen.</p>	
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10		Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV:	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

	Abs. 5 bzw. 6		<p>¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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.</p> <p>²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen.</p> <p>³Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>¹Eine 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.</p> <p>²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen.</p> <p>³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im</p>		
--	------------------	--	---	---	--	--

				Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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
			DGNR: In Abschnitt 2 des Behandlungsplanes sind zu ergänzen: (nach Kommunikation) Kognition (Konzentration, Gedächtnis): Wahrnehmung: Psyche: Schluckfunktion:		Der Behandlungsplan kann nur vor dem Hintergrund einer ausreichenden Dokumentation des aktuellen Zustandes (Körperfunktionen, Aktivitäten) erfolgen.	

			Entblockungszeiten: (vor Mobilität) Mögliche Mithilfe bei basalen ATLS:	
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.	Literatur AWMF / Windisch et al. (2017) Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz; https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-008.html Bingold TM et al. (2013) DGAI-Zertifizierung anästhesiologische Intensivmedizin: Entwöhnung von der Beatmung. https://www.ak-intensivmedizin.de/downloads/sonstiges/73-2013-4-212-216-entwoehnung-von-der-beatmung/file.html . Zugegriffen 15.07.2021 Bienstein C (2014) Selbstorganisierte Wohngemeinschaften für technologieabhängige Menschen in Nordrhein-Westfalen. https://digab.de/wp-content/uploads/2018/02/DIGAB_Abschlussbericht_Selbstorganisierte_Wohngemeinschaften_fuer_technologieabhaengige_Menschen_in_Nordrhein-Westfalen_.pdf . Zugegriffen 13.07.2021 Groß M et al. (2019) Beatmung in neurologischen Organisationseinheiten in Deutschland. Nervenarzt 90: 1037-1044 Groß M (2020) Neurologische Beatmungsmedizin. Springer, Heidelberg			

Groß M und Demmer T (2021) Interdisziplinäre Palliativmedizin. Springer, Heidelberg

Neitzke (2014) Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin (109)8–12

Platz T et al. (2020) German hospital capacities for prolonged mechanical ventilator weaning in neurorehabilitation – results of a representative survey. Neurological Research and Practice 2:18

Roesner M et al. (2019) Neurological and neurosurgical early rehabilitation in Lower Saxony and Bremen. Fortschr Neurol Psychiatr 87(4):246-254.

Rollnik et al. (2020) Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – Ergebnisse der „Wenn-Früh“-Studie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation. Nervenarzt (91)1022-1029

Rosseau S (2017) Tracheostomy Home Care of Patients after Long Term Ventilation on the ICU - a Position Paper. Pneumologie 71(4):204-206

Schönhofer B et al. (2014) WeanNet: Das Netzwerk pneumologischer Weaningzentren. Pneumologie 68(11)737-742

Windisch W et al. (2017) Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-008l_S2k_NIV_Nichtinvasive_invasive_Beatmung_Insuffizienz_2017-10-verlaengert.pdf. Zugegriffen 15-07.2021

Winterholler (2019) Verbesserung-in-der-Versorgungs-land-schaft-für-Menschen-mit-geistiger-und-mehr-facher-Behinderung-durch-den-§119c-SGB-V. <https://bagmzeb.de/wp-content/uploads/2019/04/Verbesserung-in-der-Versorgungs%C2%ADland%C2%ADschaft-f%C3%BCr-Menschen-mit-geistiger-und-mehr%C2%ADfacher-Behinderung-durch-den-%C2%A7119c-SGB-V.pdf>. Zugegriffen 15.07.2021

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.

			Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP)		
			21.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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		
			DGSMP		

			<p>³Medizinische 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 [DGSM: ersetzen durch: Pflegefachpersonen] delegiert werden können</p>	<p>Durch den Begriff der „Pflegefachperson“ 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. Nach dem neuen Pflegeberufegesetz (PflBG, 2017) werden Pflegefachpersonen als „Pflegefachfrau/-mann“ bezeichnet. Dies stellt die gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung dar. Im PflBG (§ 1) ist keine Rede von Pflegefachkräften.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4		<p>DGSM</p>	
			<p>(4) 1[Die außerklinische Intensivpflege kann an folgenden Orten erbracht werden:] ersetzen durch: Die grundgesetzlich garantierte, freie Wahl des Lebensmittelpunktes wird gewährleistet. Der/die Versicherte ist von dem Kostenträger darin zu unterstützen, dass</p>	<p>Der Begriff „Leistungsort“ ist hier irreführend und vernachlässigt die Bedeutung der eigenen Wohnung als Rückzugsort und Lebensmittelpunkt. Der Begriff sollte in der Richtlinie durchgängig ersetzt werden durch „Lebensmittelpunkt“.</p>

		<p>die Pflege in der eigenen häuslichen Umgebung, die als Lebensmittelpunkt und Rückzugsort hohe Bedeutung für ein selbstbestimmtes Leben in Privatheit hat, sichergestellt ist oder wieder sichergestellt wird.</p> <p>Grundsätzlich kann die außerklinische Intensivpflege an folgenden Orten erbracht werden:</p>	<p>Nach § 37c Abs. 4, Satz 2 ist die freie Wahl nur so lange gewährleistet, wie die Pflege sichergestellt ist.</p> <p>In der Ausführung der Richtlinie muss die grundgesetzlich garantierte freie Wahl des Aufenthaltsortes in der praktischen Umsetzung im Versorgungskontext konkretisiert werden. Wünscht die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, so hat dies Vorrang. Bei nicht sicher gestellter Pflege muss der/die Versicherte von dem Kostenträger unterstützt werden, dass die Pflege in der eigenen Häuslichkeit wieder sichergestellt wird.</p> <p>Um nicht in eine Art jährlichen „Duldungsstatus“ in der eigenen Wohnung zu geraten, der eine unverhältnismäßige psychische Belastung und eine Ungleichbehandlung gegenüber anderen, pflegebedürftigen Menschen bedeuten würde, müssen Versicherte mit Intensivpflegebedarf sicher sein, dass letztlich sie selbst entscheiden, ob bei nicht sicher gestellter Pflege eine Verlegung an einen anderen „Leistungsort“ als Ultima ratio erfolgt. Das heißt eine pflegebedürftige Person muss auch das Recht haben, sich für den „Leistungsort“ der eigenen Wohnung zu entscheiden, auch wenn die Risiken für Komplikationen höher zu sein scheinen, als an einem anderen „Leistungsort“.</p>
--	--	--	---

			<p>Dass der andere „Leistungsort“, insbesondere in der stationären Langzeitpflege, eine sicherere Versorgung als in der häuslichen Pflege gewährleistet, wäre dabei zu belegen. Gerade im Langzeitpflegebereich fehlen spezialisierte Pflegefachkräfte, die eine fach- und sachgerechte, evidenzbasierte Versorgung beatmungspflichtiger Patient*innen gewährleisten können. Die stationäre Versorgung per se als die sicherere und bessere Versorgungsform vorzusetzen, geht an der Versorgungsrealität vorbei.</p>
		<p>(4) [1Die außerklinische Intensivpflege kann an folgenden Orten erbracht werden:] [Aufzählung beginnend mit „Haushalt der oder des Versicherten“]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. im Haushalt der oder des Versicherten oder in dem Haushalt der Familie der oder des Versicherten oder 2. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132I Absatz 5 Nummer 1 SGB V oder 3. sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, in Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen. 	<p>„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor. (SGB XI § 3 Vorrang der häuslichen Pflege).</p> <p>Die Pflegeversicherung gibt damit in Bezug auf den Leistungsort eine klare Rangreihe, häusliche Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege vor stationärer Pflege, vor, die unabhängig vom Pflegebedarf gilt. Das Prinzip des Vorrangs ambulanter vor stationärer Versorgung ist auch im SGB V (§ 39 SGB V) hinterlegt.</p>

			<p>4. 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,</p> <p>5. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen.</p>	<p>Bei der Aufzählung der Orte, an denen Außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann, sollte gemäß dem Grundsatz ambulant vor stationär die Häuslichkeit der oder des Versicherten oder der Haushalt der Familie der oder des Versicherten oder sonstige geeignete Orte, insbesondere betreute Wohnformen, in Schulen, Kindertagesstätten und Werkstätten für Menschen mit Behinderung an erster Stelle aufgezählt werden. (SGB XI § 3 Vorrang der häuslichen Pflege)</p>
§ 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). 	
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p>	

§ 1	Absatz 6		
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8	<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege			
§ 2	Absatz 1	DGSMP	
		<p>(2) 1Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten. Therapieziele sind</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lebensqualität und selbstbestimmte Teilhabe 2. die Sicherstellung von Vitalfunktionen, 3. die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie 4. die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen 	<p>In § 1 SGB IX sind Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als prioritäres Ziel der Rehabilitation genannt. Den besonderen Belangen von Kindern und Frauen soll dabei Rechnung getragen werden. Nach §35b Abs. 1 SGB V sollen beim Patienten-Nutzen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen, eine Verlängerung der Lebensdauer sowie eine Verbesserung der Lebensqualität angemessen berücksichtigt werden. Bei</p>

		und den sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.	<p>der wirtschaftlichen Bewertung ist auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft zu berücksichtigen. Wirtschaftlich ist jedoch nur, was auch wirksam ist.</p> <p>Erfolgreiches Weaning kann nicht als prioritäres Therapieziel verfolgt werden, wenn die Unabhängigkeit von invasiver Beatmung zu einer Verschlechterung der Lebensqualität und Teilhabe führt, weil beispielsweise die Leistungsfähigkeit ohne invasive Beatmung erheblich eingeschränkt ist.</p>		
§ 2	Absatz 2				
§ 2	Absatz 3				
§ 2	Abs. 3	<p>DKG (3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum Zeitpunkt der Verordnung kein Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besteht, ein</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

		solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.	Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ² Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
§ 2	Absatz 4	DGSMP			
		<p><i>[(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.]</i></p> <p>ersetzen durch:</p>		Das Weaningpotential setzt sich zusammen aus der Weaningfähigkeit (medizinische Indikation unter Einbeziehung der therapeutischen sowie pflegerischen Einschätzung), der Bereitschaft der pflegebedürftigen Person, ihre Ressourcen zu mobilisieren (Weaning-Bereitschaft) und der Prognose des Weaningerfolgs (interprofessionelle Einschätzung unter Einbeziehung der Selbsteinschätzung der von invasiver Beatmung abhängigen Person), die sich aus der sorgfältigen Abwägung der Einschätzung der Weaningfähigkeit und der Weaningbereitschaft ableiten lässt.	

		<p>(4) Wird im Zuge der Umsetzung der Therapieziele und Maßnahmen nach Absatz 3 bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vermutet, ist dieses nicht nur nach der objektiv feststellbaren Weaningfähigkeit, sondern auch nach der klinisch mit der/dem Versicherten ermittelten Weaningbereitschaft zu beurteilen. Vorrangig ist bei der Beurteilung der Weaningbereitschaft die Selbsteinschätzung des/der Versicherten. In kommunikativ schwierigen Situationen, in denen sich der/die Versicherte nicht verständlich mitteilen kann, ist bei der Beurteilung der Weaningbereitschaft die Einschätzung der Pflegefachpersonen und der Bezugspersonen, welche den/die Versicherte/n in der Alltagspraxis ständig begleiten, zu berücksichtigen.</p> <p>Liegt nach der Gesamteinschätzung von Weaningfähigkeit und -bereitschaft eine positive Weaningprognose vor, trifft die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten eine partizipative, klinische Entscheidung über einzuleitende, weitere Maßnahmen, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>	<p>Ohne die Bereitschaft der pflegebedürftigen Person, sich von der invasiven Beatmung zu entwöhnen, ist der Weaningerfolg gefährdet (Rose et al. 2014). Die Fachpflege verfügt dabei über spezifische Pflegediagnosen (Beeinträchtigte Spontanatmung, Code 00033; Dysfunktionales Weaning Code 00034, Herman, Kamitsuru 2019), um die Weaningbereitschaft im Arbeitsbündnis mit der pflegebedürftigen Person einzuschätzen.</p> <p>Interventionsentscheidungen, wie Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Weaning (Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (2019) sind stets unter Beachtung der jeweils individuellen und konkreten gesundheitlichen Verfassung und Lebenssituation zu treffen (person-centered care, Håkansson et al. 2019). Algorithmen und Standards können dabei nur eine Orientierung liefern, ersetzen jedoch niemals die klinische Entscheidungsfindung (shared decision making, Truglio-Londrigan & Slyer, 2018, Aufbau interner Evidence, Behrens & Langer 2016) mit der intensivpflegebedürftigen Person und ihren Zu-/Angehörigen. Für diese individuelle, partizipative klinische Entscheidungsfindung müssen Richtlinien Raum lassen.</p> <p>Klinische Entscheidungen sind stets partizipativ und nicht nur „in Abstimmung mit der oder dem Versicherten“ zu treffen (Truglio-Londrigan & Slyer, 2018,</p>
--	--	---	--

			<p>Behrens & Langer 2016). Nach Wright und Kolleg*innen (2007) stellt die Abstimmung und Einbeziehung lediglich eine Vorstufe der Partizipation dar. Echte partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) als wichtige Voraussetzung für die Mitarbeit der/des Versicherten bei der Therapie (Therapieadhärenz) beginnt damit, dass pflegebedürftige Personen mit Entscheidungsmacht ausgestattet sind, d.h. ihre Prioritäten in der Entscheidung (ggf. auch durch ihre gesetzlichen Vertreter/innen) durchsetzen können.</p> <p>Dabei ist die oder der Versicherte zu ermächtigen, sich aktiv in diese, existentiell bedeutsamen Entscheidung einzubringen. Nur im Grenzfall ersatzweise kann der gesetzliche Vertreter oder die gesetzliche Vertreterin den mutmaßlichen Willen und die Prioritäten des oder der Versicherten einbringen, wenn sie sie kennen.</p> <p>Auch hier gilt, dass das Potenzial der Entwöhnung stets abhängig ist von der individuellen Weaning-Bereitschaft. Die individuelle Weaning-Bereitschaft kann nicht nur objektiv von außen beurteilt, sondern muss mit Hilfe fallverstehender, hermeneutischer und empathischer Herangehensweisen sorgfältig ermittelt werden. Dazu benötigt der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin die Einschätzung der Bezugs-(pflege-) personen (Ghanbari et al. 2020) und Therapeut/innen, die den</p>
--	--	--	---

						Versicherten/ die Versicherte in der Alltagspraxis laufend begleiten und unterstützen.		
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kon-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>trolle 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

				nicht im Voraus bestimmt werden können.	im Voraus bestimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung	PatV: (3) ¹ 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 Maß-	GKV-SV, KBV	PatV		

			in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. ³ 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.	nahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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				
		DGSMP Zusatz zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren				

			Die Erhebung der Lebensqualität erfolgt vorrangig durch die Selbsteinschätzung der/des Versicherten (Goldstandard). In kommunikativ schwierigen Situationen sind adäquate und zuverlässige Erhebungsinstrumente zur Fremdeinschätzung einzusetzen. Die Fremdeinschätzung ersetzt die Patientenbeobachtung und empathische Wahrnehmung von Prioritäten im Zusammenhang mit der individuellen Lebensqualität nicht.	In der Gruppe der intensivpflegebedürftigen und langzeitbeatmeten Menschen sind Personen in kommunikativ schwierigen Situationen besonders hervorzuheben. Sie können krankheitsbedingt Ihre Interessen und Prioritäten nicht artikulieren und durchsetzen und haben ein besonders hohes Risiko für fremdbestimmte Entscheidungen, die die Lebensqualität und die selbstbestimmte Teilhabe einschränken. Lebensfreude, Sinnfindung im Leben und Lebensmut sind wichtige Voraussetzungen für die Bewältigung des Intensivpflegebedarfs und der damit verbundenen Einschränkungen. In der Lebensqualitätsforschung gilt die Selbsteinschätzung der Lebensqualität als Goldstandard. Signifikante Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung (proxy bias) sind in der Literatur gut belegt (u.a. Robertson et al. 2020)
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinder-	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>ärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		

§ 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte <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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.	
			DGSMP	
<i>[²Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte]</i> ersetzen durch:			Der Intensivpflegebedarf ist u.a. dadurch gekennzeichnet, dass er diverse, medizinische Ursachen haben kann und medizinische Notfallsituationen jederzeit auftreten können.	

			<p>²Diese verordnenden Ärztinnen und Ärzten verfügen über eine der jeweils den Beatmungs- bzw. Intensivpflegebedarf begründenden medizinischen Diagnosen bzw. Krankheitsbilder entsprechende Fachexpertise, beispielsweise 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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie. 	<p>Menschen mit einem Intensivpflegebedarf, die von maschineller Beatmung und Technologie existenziell abhängig sind, sind keine homogene Gruppe. Die Grunderkrankungen und Ereignisse, die zum Intensivpflegebedarf führen, sind divers. Entsprechend dieser Heterogenität der Gruppe können auch keine einheitlichen fachmedizinischen, therapeutischen und pflegerischen Kompetenzen für Interventionsentscheidungen, wie auch für die Weaningentscheidung, gefordert werden, auch, wenn bestimmte Fachgebiete in der Medizin (u.a. Anästhesiologie, Innere Medizin, Neonatologie, Neurochirurgie, Neurologie, Pädiatrie), in der Therapie (Logopädie, Ergo- und Physiotherapie, Atemtherapie) und in der Pflege (u.a. Advanced Nursing Practice, Intensiv- und Anästhesiepflege) prädestiniert sind.</p> <p>Aufzählungen sollten deshalb stets offen oder beispielhaft sein. Neben formalen Qualifikationen ist stets eine mehrjährige Erfahrung mit langzeitbeatmeten Menschen für eine adäquate Versorgung zu fordern.</p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		
§ 4		Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	

	Abs. 2 bzw. 3				
§ 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,		
			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	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 [.]	GKV-SV
		PatV zusätzlich: ,			

			<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. 			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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.	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	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>	Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1					
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p>			
			<p>DGSMP</p>			

			Zusatz: Die ärztliche Verordnung der außerklinischen Intensivpflege greift nicht in die Vorbehaltsaufgaben der Pflege ein.	Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PflBG
§ 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,	
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	

§ 5	Abs. 5	Satz 2				
			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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat-soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 7	Absatz 1					
§ 7	Absatz 2		DGSMP			
			[Zusätzlichen Absatz einfügen:] Integraler Bestandteil des Entlassmanagements ist der Pflege-Überleitungsbogen, der die pflegerische Einschätzung in Bezug auf den Pflegebedarf, den pflegerischen Hilfsmittelbedarf und das Rehabilitationspotential enthält.			Gemäß Rahmenvertrag über das Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a S. 9 SGB V) muss der voraussichtliche Bedarf für die nach Krankenhausbehandlung erforderliche Anschlussversorgung anhand schriftlicher Standards durch ein <i>multidisziplinäres</i> Team im Krankenhaus festgestellt werden. Die notwendigen Anschlussmaßnahmen sind frühzeitig einzuleiten und der weiterbehandelnde Arzt bzw. die weiterversorgende Einrichtung sind vom Krankenhaus rechtzeitig zu informieren. Alleine aus den ärztlichen Diagnosen und der ärztlichen Verordnung lassen sich die Anforderungen an die post-stationäre Pflege nicht ableiten. Deshalb muss der

			<p>Pflege-Überleitungsbogen integraler Bestandteil des Entlassungsmanagements sein. Dieser weist den Versorgungs- und Unterstützungsbedarf nach der Entlassung, einschließlich der Ressourcen- sowie Reha- und Gesundheitsförderungspotentiale, differenziert aus. Geeignete Hilfsmittel für die Pflege werden dort empfohlen. Zielgruppenspezifische Beratung und Schulung sowie die Aushändigung von adäquatem Informations- und Anschauungsmaterial sind Bestandteile des pflegerischen Entlassungsmanagements, das in Abstimmung mit dem interprofessionellen Team erfolgt (Nationaler Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, DNQP 2019).</p> <p>Bei gleichen medizinischen Diagnosen können diverse Pflegebedarfe vorliegen, weil Menschen höchst unterschiedlich und individuell auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse reagieren. Die klinische Beurteilung einer menschlichen Reaktion auf Gesundheitszustände oder Lebensprozesse obliegt der Pflege im Rahmen der pflegerischen Einschätzung des Pflegebedarfs (Herdman & Kamitsuru 2019).</p>
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			DGSMP			

			<p>Zusatz [² oder ³Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Wahl des Lebensmittelpunktes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.] ergänzen mit:</p> <p>Bei der Beratung ist auf einen interessenunabhängigen, lösungsorientierten und die/den Versicherte/n ermächtigenden (empowerment) Ansatz zu achten. Zur interessenunabhängigen Beratung können die Pflegeberater/innen nach § 7a SGB XI oder die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®) vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf Grundlage des § 32 SGB IX hinzugezogen werden. Die Ziele, selbstbestimmte Teilhabe und Lebensqualität, sind hierbei vorrangig.</p>	<p>Damit pflegebedürftige Personen oder ihre gesetzlichen Vertreter*innen eine selbstbestimmte und informierte Entscheidung über die Wahl ihres Lebensmittelpunktes treffen können, brauchen sie eine interessenunabhängige Information und Beratung, die sich adäquat an die Lebenswelt und die Informationsverarbeitungskapazität (kognitive Leistungsfähigkeit) anschließt. Diese können die Vertragsärzt*innen, sowie die Pflegeberater*innen nach § 7a SGB XI sowie ergänzend unabhängige Teilhabeberater*innen leisten. Seit Anfang 2018 wird die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®) vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf Grundlage des § 32 SGB IX gefördert und unterstützt. § 32 SGB IX entstand im Zuge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), das darauf abzielt, Menschen mit wesentlichen Behinderungen aus dem System der Sozialhilfe herauszuführen und die UN-Behindertenrechtskonvention stärker umzusetzen.</p> <p>Diese dritten, interessenunabhängigen Stellen bilden ein wichtiges Korrektiv im Marktgeschehen und unterstützen die Souveränität der von invasiver Beatmung und Pflege abhängigen Person. Dieses Korrektiv ist gesetzlich bzw. mit Hilfe von Ausführungsverordnungen, Richtlinien zu stärken.</p>
--	--	--	---	---

					Anreize für eine angebotsinduzierte Nachfrage können sowohl im Bereich der Langzeitbeatmung als auch in einem durch die Gesetzesreform entstehenden neuen „Geschäftsfeld“, des Weaning-Zentrums, entstehen. Interessenunabhängige Beratung kann die Informationsasymmetrie ausgleichen.	
§ 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 § 132l 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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage	GKV-SV, KBV	DKG

			für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	
			DGSMP	
			„Leistungsort“ durch Lebensmittelpunkt ersetzen	Vgl. Begründung unter § 1 Abs. 4
§ 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.	
			DGSMP	
			[^{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.] ersetzen durch:	In die Planung der Weiterbehandlung und Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt ist die/der Versicherte selbstbestimmt und partizipativ einzubeziehen (vgl. Begründung unter § 2 Abs. 4). Die Formulierung „In Abstimmung mit...“ ist dafür zu schwach und stellt keine echte Partizipation dar.

			<p>Die Entlassplanung und Wahl des Leistungserbringers ist danach auszurichten, wo der/die Patient/in ihren Lebensmittelpunkt nach dem stationären Aufenthalt haben möchte. Das Krankenhaus nimmt nach informierter und schriftlicher Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten Kontakt zu einem oder mehreren Leistungserbringern auf, um die Möglichkeit der Weiterversorgung der oder des Versicherten zu klären und den voraussichtlichen Entlasstag abzustimmen. Zeigt sich, dass der oder die in Aussicht genommenen Leistungserbringer keine verfügbaren Kapazitäten für die Versorgung der oder des Versicherten haben, stehen Krankenhaus und Krankenkasse in der Verantwortung, die Versorgung am von der/vom Versicherten gewählten Lebensmittelpunkt zu sichern, bevor der/die Patient/in entlassen wird.</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	<p>DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gül-</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufent-</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			tig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	halt 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					
			DKG, KBV, PatV:	GKV-SV:	DKG, KBV, PatV	GKV-SV

§ 8	Abs.3	Satz 1	fünften	dritten		
§ 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, DGSMP			
			ergänzen: [9. [bzw. 11.] die Anleitung] und Beratung [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]	Der Ansatz der Beratung in der Pflege umfasst mehr als „Anleitung“. (vgl. MDK Bayern, FH Deggendorf (Hrsg.) 2011 Die Pflegeberatung, Landsberg: ecomed Verlag)		
§ 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.			

			<p>DGSMP</p> <p>zusätzlich: ²Umfasst sind unter anderem auch pflegerische Prophylaxen, Mobilitätsförderung und Positionierung, 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.</p> <p>Pflegefachpersonen mit erweiterter Pflegekompetenz (Advanced Practice Nurses, Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege) im Bereich der außerklinischen Intensiv- und Beatmungspflege können Hilfsmittel im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen (u.a. Lagerung, Mobilisierung, Prophylaxen, Atemtherapie, Trachealkanülenmanagement, Schmerzmanagement) verordnen.</p>	<p>Die Aufzählung kann an dieser Stelle nicht abschließend sein, da sich die Maßnahmen am jeweils individuellen, situationsabhängigen Pflegebedarf, der laufend von der Pflegefachperson eingeschätzt werden muss, auszurichten.</p> <p>Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, S. 23: „Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll. Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie advanced nursing practice (z. B. nurse practitioners) ist zu prüfen. In Modellversuchen sollte verstärkt pflegerische Verantwortung erprobt werden. In Zukunft sollte die Pflege eigenständig erstens den pflegerischen Bedarf einschätzen, zweitens Verantwortung für die Durchführung der Pflege tragen, und drittens die Überprüfung der Resultate der pflege-</p>
--	--	--	---	---

					rischen Versorgung übernehmen. Die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel sollte in die Hand der Pflege gelegt werden.“	
§ 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					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>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>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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>		
			<p>DGSMP</p>			
			<p>Ergänzen: Die letztliche Verantwortung zur Sicherstellung der Pflege liegt auch bei der Rückzugspflege im Rahmen der selbstbestimmten Wahl des Lebensmittelpunktes durch den/ die Versicherte/n bei der Kranken- und Pflegekasse.</p>		<p>Die letztendliche Verantwortung für die Beschaffung der Pflege muss auch bei der sog. Rückzugspflege bei der Kranken- bzw. Pflegekasse bleiben, auch wenn die selbstbeschaffte Pflege im Sinne der Selbstbestimmung und des selbstverwalteten, persönlichen Budgets Vor-</p>	

			Pflegende An- und Zugehörige, insbesondere die Eltern und Erziehungsberechtigten von intensivpflegebedürftigen Kindern, müssen selbstbestimmt unterstützt werden, um eine Versorgung in der häuslichen Umgebung langfristig zu sichern und zu erleichtern. Dies beinhaltet den weiteren Ausbau differenzierter Beratungs- und Unterstützungsleistungen und eine begleitende Anleitung durch Fachpflege und Fallmanager.	rang haben. Niemand mit Intensivpflegebedarf darf jedoch hier allein auf sich gestellt bleiben, wenn die Pflege nicht sichergestellt ist. Die DVfR und INTENSIVkinder zuhause e.V. fordern darüber hinaus berechtigt den weiteren Ausbau differenzierter Beratungs- und Unterstützungsleistungen und eine begleitende Anleitung durch Fachpflege und Fallmanager.“ (DVfR 2020, S. 54, INTENSIVkinder zuhause e.V. 2020)	
§ 9	Absatz 7				
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege					
§ 10	Absatz 1				
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre	KBV, DKG, PatV
					GKV-SV

				und sektorenübergreifende Koordination einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
			DGSMP			
			<p>[¹Die an der außerklinischen Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weiteren Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. geeignete Pflegefachkräfte, Logo-päden, Ergo- und Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger) arbeiten im Rahmen eines Netzwerkes eng zusammen. ²Dazu 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. ³Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung [KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu] [GKV-SV: sind verpflichtend]. ⁴Bereits in der Versorgung etablierte Kooperationsformen sollen fortgeführt</p>		<p>Organisatorisch könnte eine sektorenübergreifende „Spezialisierte ambulante Beatmungsversorgung (SABV), wie von der DIGAB e.V. gefordert (Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. 2020), in Anlehnung an die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), zunächst modellhaft und bei erfolgreicher Evaluation langfristig implementiert werden.</p> <p>Das außerklinische Setting und der langfristige, intensivpflegerische Bedarf erfordern in besonderer Weise einen integrativen, lebenslauforientierten Versorgungsansatz, wie er von der Sozialmedizin vertreten wird. Die individuelle Lebensqualität und die selbstbestimmte, soziale Teilhabe der pflegebedürftigen Person stellen wichtige Prämissen der klinischen, partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) u.a. im Hinblick auf das Rehabilitations- und Weaningpotential</p>	

			<p>werden, [GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen]. [ergänzen:]</p> <p>Für die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Koordination der Versorgung einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6] können im Rahmen von Modellvorhaben spezialisierte ambulante Beatmungsversorgungsteams nach dem Muster der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) gebildet werden. Ergänzend können telemedizinische und Tele-Care- sowie andere digital gestützte Technologien zur Kommunikation und Abstimmung (u.a. interprofessionelle Fallberatung) eingesetzt werden. Die Leistungen im Rahmen dieser Koordinationsaufgaben und der Aufwand zum Einsatz unterstützender Technologien ist von den Krankenkassen bei nachgewiesener Wirtschaftlichkeit zu erstatten.</p>	<p>dar. Sozialmedizinerinnen und Sozialmediziner sind deshalb im interprofessionellen Team besonders zu berücksichtigen.</p> <p>Der Facharzt bzw. die Fachärztin für Sozialmedizin, Case Manager oder Pflegefachpersonen mit erweiterter Pflegepraxis (APN) können die Koordination in Zusammenarbeit mit der verordnenden Vertragsärztin bzw. den verordnenden Vertragsarzt übernehmen.</p>
§ 10	Absatz 1 bzw. 2			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen	

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	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 Vertrags- ärztin oder der verord- nende Vertragsarzt hat un- verzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöh- nung oder Dekanülierung einzuleiten und die Kran- kenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ² Die verordnende Ver- tragsärztin oder der ver- ordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die wei- teren Maßnahmen ein- schließlich der Einbin-	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

				dung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungs-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	erbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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	PatV, KBV, DKG:	GKV-SV	PatV, KBV, DKG:

	Inhalte des Behandlungsplans als Bestandteil der Richtlinie	Behandlungsplan nicht als Bestandteil der Richtlinie vorsehen.		
<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>	<p>Vulnerabilität und Ermächtigung der Zielgruppe</p> <p>Die Würde, Autonomie und selbstbestimmte, soziale Teilhabe sind unabhängig von der körperlichen, seelischen, psychischen und geistigen Verfassung für alle Menschen zu gewährleisten (ICN Ethikkodex für Pflegende, AEMR 1948, BTHG 2017-2020, Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen 2005, 2019, Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, 2010, UN-BRK 2009, UN-Kinderrechtskonvention 1989).</p> <p>Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder einen vergleichbaren intensiven Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich macht, haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege (§ 37c Abs. 1, Satz 1 SGB V). Der Intensivpflegebedarf ist u.a. dadurch gekennzeichnet, dass er diverse, medizinische Ursachen haben kann und medizinische Notfallsituationen jederzeit auftreten können. Menschen mit einem Intensivpflegebedarf, die von maschineller Beatmung und Technologie abhängig sind, sind keine homogene Gruppe. Die Grunderkrankungen und Ereignisse, die zum Intensivpflegebedarf führen, sind divers. Die damit verbundenen Lebensgeschichten und Lebenswege, der von dem Intensivpflegebedarf unmittelbar betroffenen Menschen und ihren Zu- und Angehörigen sind vielfältig. Die individuelle Lebensqualität und selbstbestimmte Teilhabe sowie die Lebensstile sind hoch variabel. Eine einheitliche Vorgabe für die Lebensgestaltung und die Wahl des Lebensmittelpunktes („Leistungsort“) mit Intensivpflege- und Beatmungsbedarf kann es deshalb nicht geben.</p> <p>In der Gruppe der intensivpflegebedürftigen und langzeitbeatmeten Menschen sind Personen in kommunikativ schwierigen Situationen besonders hervorzuheben. Sie können krankheitsbedingt Ihre Interessen und Prioritäten</p>			

nicht artikulieren und durchsetzen und haben ein besonders hohes Risiko für fremdbestimmte Entscheidungen, die die Lebensqualität und die selbstbestimmte Teilhabe einschränken. Sie müssen ermächtigt werden, dass sie ihre Prioritäten für ein gutes und an der sozialen Gemeinschaft teilnehmendes Leben in den klinischen Entscheidungsprozess einbringen können.

Lebensfreude, Teilhabe, Sinnfindung im Leben und Lebensmut sind wichtige Voraussetzungen für die Bewältigung des Intensivpflegebedarfs und der damit verbundenen Einschränkungen. Die individuellen Bedeutungszuschreibungen und Bewältigungsstrategien, die letztlich die Ressourcen und Potentiale der Versicherten erkennen und ausschöpfen lassen, sind im Fokus der ständig anwesenden Pflegefachperson. Sie stellt deshalb neben den anderen Bezugspersonen einen wichtigen Baustein bei der klinischen Entscheidungsfindung dar.

Potentialerhebungspflicht

Die Potentialerhebungspflicht, die nun neu vom Gesetzgeber eingeführt wurde, soll invasiv-beatmete Menschen davor schützen, dass deren Weaningpotential aufgrund von wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer nicht ausgeschöpft wird. Gleichzeitig darf der Verdacht, dass wirtschaftliche Interessen des Leistungserbringers bei der Beurteilung und Ausschöpfung des Weaningpotentials eine Rolle spielen, nicht dazu führen, dass die beatmungsabhängige Person nicht gleichberechtigt und selbstbestimmt in den klinischen Entscheidungsprozess einbezogen wird. Wenn Weaning zwar medizinisch indiziert scheint, jedoch zu verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit und damit zur Benachteiligung am ersten Arbeitsmarkt und bei der sozialen Teilhabe führt, wirkt es dem Rehabilitationsgedanken entgegen. Anreize für eine angebotsinduzierte Nachfrage können sowohl im Bereich der Langzeitbeatmung als auch in einem durch die Gesetzesreform entstehenden neuen „Geschäftsfeld“, des Weaning-Zentrums, entstehen. Um aber die Angebotsinduktion nun nicht auf Weaning-Zentren zu verlagern, muss die von Beatmung abhängige Person oder ihr gesetzlicher Vertreter bzw. ihre gesetzliche Vertreterin ermächtigt werden, ihre jeweils individuelle Weaningbereitschaft, die schließlich die Voraussetzung für den Weaningerfolg ist, in den Entscheidungsprozess gleichberechtigt einzubringen. Hierbei werden die beatmungspflichtigen Versicherten von der ständig anwesenden Pflegefachkraft sowie ihren Zu- und Angehörigen in besonderem Maße unterstützt.

Die Weaningbereitschaft ist stark abhängig vom subjektiven Erleben der Patient*in, ihr Vertrauen in die maschinelle Beatmung, ihr Sicherheitsbedürfnis oder ihre Ängste im Zusammenhang mit der Entwöhnung von der Maschine. Einbußen in der Leistungsfähigkeit und bei der sozialen Teilhabe bei Absetzen der maschinell unterstützten Beatmung können die Weaningbereitschaft ebenfalls herabsetzen. Wenn diese Einbußen so erheblich sind, dass die pflegebedürftige Person dadurch unverhältnismäßige Einschränkungen in der Lebensqualität und in ihrer sozialen Teilhabe hat, ist das Weaning sogar kontraindiziert.

Misslungene Weaningversuche stellen eine erhebliche Belastung und einen Einschnitt in die Lebensqualität (Huttman et al. 2018) der pflegebedürftigen Person dar, sodass vor dem Weaningversuch, der prognostizierte Weaningserfolg sorgfältig individuell, evidenzbasiert und interprofessionell einzuschätzen ist.

Vertrauen auf die klinischen Arbeitsbündnisse

Die bereits bestehenden, hochkomplexen Versorgungsarrangements, die z.T. auch selbständig von Menschen mit Intensivpflegebedarf organisiert werden (Assistenzmodell, Arbeitgebermodell), stellen Systeme dar, die sich in einem sensiblen Gleichgewicht befinden. Wenn hier in einzelne Komponenten per Rechtsverordnung eingegriffen wird, kann das gesamte System zusammenbrechen, was zu einer akuten, medizinischen Notfallsituation, zu einer totalen Abhängigkeit von medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Versorgung, zur Exklusion oder zu einem Verlust des Lebensmutes führen kann. Deshalb soll abschließend dafür plädiert werden, mit der Rechtsverordnung die klinischen Arbeitsbündnisse zu stärken, in ihre Kompetenz zu vertrauen und Eingriffe von außen möglichst gering zu halten. Interessenunabhängige, ermächtigende Beratung der Versicherten (Pflegerberatung nach § 7a SGB XI, Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX) sowie interprofessionelle Fallberatung, die von interessenunabhängigen Moderatorinnen und Moderatoren unterstützt wird (Spezialisierte Ambulante Beatmungsversorgung, SABV, DIGAB e.V. 2020, Case Management), können angebotsinduzierte Leistungsausweitungen effektiv entgegenwirken. Eine Zentralisierung der Therapieentscheidung auf den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin birgt wiederum die Gefahr geringer Entscheidungsqualität und interessen geleiteter Entscheidungen.

Literaturnachweis

1. Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) (1948)
2. Bundesteilhabegesetz (BTHG) (2017 - 2020)
3. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (2005, 2019)
4. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2010)
5. Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (2019) Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie, Überarbeitung von 08/2019, AWMF Register-Nr. 020/015.
6. Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V., Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)“ vom 11.6.2020
7. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, ISBN: 978-3-00-010559-3
8. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege –Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge. Positionspapier der DVR, Stand: November 2020
9. Ghanbari Atefeh, Ebrahimzadeh Aida Mohammad, Paryad Ezzat, Roshan Zahra Atrkar, Mohammadi Mohammad Kazem, Lakeh Nasrin Mokhtari (2020) Comparison between a nurse-led weaning protocol and a weaning protocol based on physician's clinical judgment in ICU patients, Heart & Lung, Jg. 49, Nr. 3, S. 296-300, ISSN 0147-9563, <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.01.003>.
10. Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz GKV-IPReG) vom 23.10.2020, Bundesgesetzblatt Jg. 2020, Teil I, Nr. 48, S. 2220 – 2228
11. Håkansson Eklund, Jakob; Holmström, Inger K.; Kumlin, Tomas; Kaminsky, Elenor; Skoglund, Karin; Högländer, Jessica et al. (2019): “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. In: Patient education and counseling 102 (1), S. 3–11. DOI: 10.1016/j.pec.2018.08.029.
12. Herdman Heather, Kamitsuru Shigemi (2019) Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikation 2018-2020. Kassel: Recom.
13. Huttmann Sophie Emilia, Magnet Friederike Sophie, Karagiannidis Christian, Storre Jan Hendrik, Windisch Wolfram Quality of life and life satisfaction are severely impaired in patients with long-term invasive ventilation following ICU treatment and unsuccessful weaning. Ann. Intensive Care (2018) 8:38.
14. International Council of Nurses (2012) The ICN Code of Ethics for Nurses, revised 2012, Genf.
15. Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (2019) Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie, Überarbeitung von 08/2019, AWMF Register-Nr. 020/015.

16. INTENSIVkinder zuhause e.V. (2020) Regelungsbedarf der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-Richtlinie). Positionen der Angehörigen von dauerhaft intensivpflichtigen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 11. Dezember 2020, verfügbar über: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiBwsSI_Y_xAhVKzaQKHbjoDpEQFnoE-CAMQAA&url=https%3A%2F%2Fwww.helfende-haende.org%2Fapp%2Fuploads%2F2021%2F01%2FPositionspapier_AKI-Richtlinie.pdf&usg=AOvVaw2Bl_vupmNzx7dWcGTqgEvp (zuletzt geprüft 11.06.2021)
17. Robertson S, Cooper C, Hoe J, Lord K, Rapaport P, Marston L, Cousins S, Lyketsos CG, Livingston G (2020). Comparing proxy rated quality of life of people living with dementia in care homes. *Psychological Medicine* 50, 86–95. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003987>.
18. Rose Louise, Dainty Katie N., Jordan Joanne, Blackwood Bronagh (2014) Weaning from mechanical ventilation: A scoping review of qualitative studies. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, September 2014, Volume 23, No. 5, pp. e54-e70
19. Truglio-Londrigan, Marie; Slyer, Jason T. (2018): Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. In: *The open nursing journal* 12, S. 1–14. DOI: 10.2174/1874434601812010001.
20. UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK 2009)
21. UN-Kinderrechtskonvention (1989)
22. Wright Michael, Block Martina, von Unger Hella: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: *Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007.*

**Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V
und seine Konkretisierung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bun-
desausschusses**

Rechtsgutachten für die
Deutsche Fachpflege Gruppe

erstattet von

Universitätsprofessor Dr. Thorsten Kingreen
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht
Universität Regensburg

April 2021

Gliederung

I. Ergebnisse des Rechtsgutachtens.....	4
II. Sachverhalt und Fragestellung.....	7
III. Rechtliche Bewertung.....	12
1. Verfassungsrechtliche Rahmung.....	12
a) Das Wunsch- und Wahlrecht.....	12
aa) Grundlagen.....	12
bb) Das Wunsch- und Wahlrecht im verfassungs- und völkerrechtlichen Kontext.....	13
b) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Eingriffen in das Wunsch- und Wahlrecht.....	15
aa) Der Parlamentsvorbehalt.....	15
bb) Verfassungsrechtliche Legitimation der untergesetzlichen Konkretisierung durch Richtlinien des G-BA.....	17
2. Grund und Grenzen der Rechtsnormkonkretisierung durch den G-BA.....	20
a) Das sog. Rechtsnormkonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts.....	20
b) Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung.....	21
aa) Unzulässige Disposition über Anspruchsvoraussetzungen	21
bb) Unzulässige prozedurale Zusatzhürden für die Inanspruchnahme von Leistungen.....	23
(1) Gesetzlich nicht vorgesehener Genehmigungsvorbehalt.....	23
(2) Gesetzlich nicht vorgesehener Verordnungsvorbehalt.....	23
3. Prüfung der Rechtmäßigkeit des Richtlinien-Entwurfs.....	24
a) Der Referentenentwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungs- gesetzes (RISG)	24
b) Qualifikation der außerklinische Intensivpflege verordnenden Ärztinnen und Ärzte	27

c) Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege durch die Krankenkassen, § 8 Abs. 1 RL-E.....	29
aa) Beantragung und Genehmigung von veranlassten Leistungen.....	29
bb) Gesetzliches oder gesetzlich ermöglichtes Genehmigungserfordernis bei der außerklinischen Intensivpflege.....	30
(1) Zielvereinbarung bzw. Feststellung durch die Krankenkasse, § 37c Abs. 2 S. 3-8 SGB V.....	31
(2) Konkretisierungsbefugnis des G-BA.....	33
cc) Fazit zum Genehmigungserfordernis.....	33

I. Ergebnisse des Rechtsgutachtens

- 1.** Das in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V explizit normierte Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bringt zum Ausdruck, dass diese nicht Objekte fürsorglich-obrigkeitlicher Behandlung sind, sondern eigene soziale Rechtsansprüche haben und auch in komplexen gesundheitlichen Krisensituationen in der Lage sind, eigene Entscheidungen zu treffen oder eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, wer ihre Angelegenheiten besorgt, wenn sie dazu selbst nicht mehr in der Lage sind.
- 2.** Der Gesetzgeber hat die Einführung des Wunsch- und Wahlrechts in das Sozialleistungsrecht politisch mit der Menschenwürde begründet. Es ist jedenfalls durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) auch grundrechtlich geschützt. Deshalb stellt es einen Eingriff in dieses Grundrecht dar, wenn Wünschen der Versicherten, insbesondere was den Leistungsort angeht, nicht entsprochen wird.
- 3.** Dieser Grundrechtseingriff kann verfassungsrechtlich gerechtfertigt werden.
 - a)** Die verfassungsrechtliche Rechtfertigung setzt ein Parlamentsgesetz voraus, das Bestandteil der verfassungsmäßigen Ordnung im Sinne von Art. 2 Abs. 1 GG ist. Dieses Gesetz muss die Voraussetzungen für den Grundrechtseingriff hinreichend konkret bestimmen (sog. Parlamentsvorbehalt).
 - b)** Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Parlamentsvorbehalt eine besondere Bedeutung für die demokratische Legitimation von Grundrechtseingriffen. Sie erklärt sich aus der allenfalls abgeschwächten personellen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Verhältnis zu Grundrechtsträgern, die nicht mitgliedschaftlich in seinen Beschlussgremien vertreten sind (sog. Außenseiter); dazu zählen namentlich die Versicherten. Die Verfassungsmäßigkeit der Richtlinien des G-BA (dazu 4.) hängt im Verhältnis zu Außenseitern davon ab, dass der G-BA hinreichend „gesetzlich angeleitet“ (Bundesverfassungsgericht) ist. Diese gesetzliche Anleitung betont den Parlamentsvorbehalt, erzeugt damit sachliche Legitimation und soll die abgeschwächte personelle Legitimation des G-BA kompensieren.
- 4.** Der G-BA hat die Aufgabe, die nur als Rahmenrechte verstandenen Leistungsrechte in der GKV durch Richtlinien zu durchsetzbaren Rechtsansprüchen zu verdichten. Dabei unterliegt er aber gerade wegen seiner nur abgeschwächten personellen Legitimation gegen-

über den Versicherten einer strengen Gesetzesbindung, damit seine Richtlinien das verfassungsrechtlich notwendige Legitimationsniveau erreichen. Er darf daher nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts weder über die materiellen Anspruchsvoraussetzungen disponieren noch darf er zusätzliche administrative Hürden errichten, die das Gesetz nicht vorsieht. Unzulässig sind insbesondere über das Gesetz hinausgehende Anforderungen an vertragsärztliche Verordnungen und von im Gesetz nicht vorgesehenen Genehmigungserfordernissen seitens der Krankenkassen.

5. Der im August 2020 bekannt gewordene Entwurf einer Richtlinie des G-BA über die Verordnung mit außerklinischer Intensivpflege (RL-E) wird den (verfassungs-)rechtlichen Vorgaben an Beeinträchtigungen des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten teilweise nicht gerecht.
 - a) Das Wunsch- und Wahlrecht war in einem ursprünglichen Referentenentwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG) aus dem August 2019 nicht vorgesehen. Zudem hatte dieser namentlich von den Mitgliedsorganisationen im G-BA (Krankenkassenverbände, Kassenärztliche Bundesvereinigung) begrüßte Entwurf noch einen Vorrang der stationären Leistungserbringung vorgesehen. Als Folge von Protesten aus Patientenverbänden und Fachgesellschaften sieht das Gesetz nunmehr nicht nur ein Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten vor (§ 37c Abs. 2 S. 2 SGB V), sondern lässt die klinische Intensivpflege gleichberechtigt auch im familiären Umfeld zu (§ 37c Abs. 2 S. 1 SGB V). Diese gesetzlichen Vorgaben für das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten sind maßgebend auch für die Richtlinien des G-BA, auch wenn sie von dessen Mitgliedsorganisationen politisch abgelehnt werden.
 - b) Die Beschränkung des Kreises der ordnungsberechtigten Vertragsärzte auf bestimmte Fachärzte in § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E geht über die gesetzliche Ermächtigung in § 37c Abs. 1 S. 4 und S. 9 Nr. 4 SGB V hinaus und wäre daher, sollte er so beschlossen werden, rechtswidrig. Denn das Gesetz sieht besonders qualifizierte Vertragsärzte als ordnungsberechtigt an; Vertragsärzte sind aber nach der vertragsärztlichen Systematik auch Hausärzte. Der G-BA darf dann lediglich regeln, was diese Vertragsärzte zu besonderes qualifizierten Vertragsärzten macht.
 - c) Rechtswidrig wäre auch das in § 8 Abs. 1 RL-E vorgesehene Erfordernis einer Genehmigung der außerklinischen Intensivpflege durch die Krankenkasse. Als Anspruchsvor-

oraussetzung bedarf das Erfordernis einer Genehmigung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts einer expliziten gesetzlichen Regelung; der G-BA ist daher zu einer eigenständigen, nicht gesetzlich angeleiteten Regelung nicht befugt. § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V regelt kein Genehmigungserfordernis, sondern konkretisiert lediglich die übliche Befugnis der Krankenkasse, die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm zu prüfen, die sie als Landesbehörde i.S.v. Art. 83, 84 GG bzw. als Bundesbehörde nach Art. 87 Abs. 2 GG ausführt.

II. Sachverhalt und Fragestellung

Das am 29.10.2020 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - GKV-IPReG)“¹ hat in einem neuen § 37c SGB V einen leistungsrechtlichen Rechtsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt.

1. Die **Anspruchsgrundlage** des § 37c SGB V steht im begrifflich-systematischen Kontext mit dem schon bislang in § 37 Abs. 2 SGB V geregelten Rechtsanspruch auf die sog. **Behandlungspflege**:²
 - a) Die **allgemeine Behandlungspflege** umfasst die krankheitsspezifischen, nicht allgemein auf die Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Pflegemaßnahmen, die, soweit sie professionell erfolgen, meist von Vertretern medizinischer Hilfsberufe erbracht werden.³ Die Versicherten erhalten die allgemeine Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen.
 - b) Der Anspruch aus § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V umfasst bislang auch eine **qualifizierte Behandlungspflege**. Diese wird „bei besonders hohem Pflegebedarf“ (§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V) an den in der Vorschrift genannten Orten des vorwiegend privaten Umfelds als ambulante Leistung erbracht. Nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V besteht der Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege („einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“) aber ausnahmsweise auch in zugelassenen Pflegeeinrichtungen i.S.v. § 43 i.V.m. § 71 Abs. 2 SGB XI und nach § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V in stationären Einrichtungen nach § 43a S. 1 i.V.m. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI.
 - c) Diesen Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege bezeichnet das Gesetz nunmehr als **außerklinische Intensivpflege** und lagert ihn für alle in § 37 Abs. 2 S. 1, 3 und 8 SGB V genannten Leistungsorte in eine eigenständige Anspruchsgrundlage in § 37c Abs. 1 und 2 SGB V aus.

¹ BGBl. I. 2220.

² Vgl. auch *Padé*, in: Engelmann/Schlegel (Hrsg.), *Juris-PK SGB V*, § 37c [2021] Rn. 9ff.

³ So BSG, NZS 2006, 32 (34).

d) Der bisherige Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 S. 1, 3 und 8 SGB V, s. b)) bleibt für einen **Übergangszeitraum bis zum 31.10.2023** neben dem Anspruch aus § 37c SGB V bestehen. Die vollständige Ablösung des Anspruchs aus § 37 Abs. 2 S. 1, 3 und 8 SGB V soll nach dem Willen des Gesetzgebers erst erfolgen, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss den Richtlinienauftrag nach § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V umgesetzt hat, die Vereinbarungspartner die Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 2 SGB V und die Vertragspartner die Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V abgeschlossen haben.⁴ Erst nach Ablauf des Übergangszeitraums wird daher § 37 Abs. 2 S. 3 SGBV gemäß Art. 2 Nr. 1 a) GKV-IPReG durch folgenden Halbsatz ergänzt: „Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden.“ § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V wird nach Art. 2 Nr. 1 b) GKV-IPReG ganz entfallen.

2. Anspruchsberechtigt sind nach § 37c Abs. 1 S. 1 SGB V Versicherte mit einem hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dabei handelt es sich um schwerstpflegebedürftige Menschen, deren Rehabilitation aus klinischer Sicht abgeschlossen ist, die aber weiter beatmet oder über eine Trachealkanüle abgesaugt werden müssen.

3. Materielle Anspruchsvoraussetzung ist nach § 37c Abs. 1 S. 1 SGB V ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dieser liegt nach § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. **Formelle Anspruchsvoraussetzung** ist nach § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Er bzw. sie müssen dabei das Therapieziel mit dem Versicherten erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz (§ 37c Abs. 1 S. 5 SGB V). Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, muss zudem mit jeder Verordnung das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maß-

⁴ Vgl. BT-Drucks. 19/19368, 44.

nahmen erhoben und dokumentiert sowie auf deren Umsetzung hingewirkt werden (§ 37c Abs. 1 S. 6 SGB V).

4. Der **Anspruchsinhalt** ergibt sich aus § 37c Abs. 1 S. 3 SGB V: Er umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach § 37c Abs. 2 SGB V.
5. § 37 Abs. 2 S. 1-5 SGB V regelt die möglichen **Orte der Anspruchserfüllung** und die ggfs. erforderliche **Prüfung ihrer Geeignetheit**:
 - a) Der im Sozialgesetzbuch V zuvor nicht verwendete Begriff „**außerklinisch**“ liegt quer zu der üblichen Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Außerklinisch ist jede Behandlungspflege, die nicht in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfolgt. Sie kann gemäß § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V und wie schon bislang nach § 37 Abs. 2 S. 3 und 8 SGB V in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 2 SGB XI = Nr. 1) und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (§ 71 Abs. 4 Nr. 1 und 3 SGB XI = Nr. 2) erfolgen. Sie kann aber auch in von Leistungserbringern betriebenen Wohneinheiten (§132I Abs. 5 SGB V = Nr. 3) oder im Haushalt der Versicherten oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen (= Nr. 4) erbracht werden.
 - b) Für die **Auswahl des Orts der Anspruchserfüllung** gilt § 37c Abs. 2 S. 2-3 SGB V. Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen (S. 2). Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann; dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen (S. 3). Kann diese Feststellung nicht getroffen werden, weil eine Begutachtung des Versicherten nicht möglich ist, kann nach § 37c Abs. 2 S. 9 SGB V die Erfüllung des Anspruchs in Wohneinheiten (§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V) oder im privaten Umfeld (§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V) versagt werden.
 - c) Über ggfs. erforderliche **Nachbesserungsmaßnahmen** i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 3 SGB V schließt die Krankenkasse gemäß § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung, an der sich nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs wei-

tere Leistungsträger zu beteiligen haben. Zur Umsetzung der Zielvereinbarung schuldet die Krankenkasse nur Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V (§ 37c Abs. 1 S. 5 SGB V).

6. Das **Verfahren zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen** und des **Orts der Anspruchserfüllung** regelt § 37c Abs. 2 SGB V in seinen Sätzen 6-8. Nach § 37c Abs. 1 S. 6 SGB V trifft die Krankenkasse die Feststellung, ob die Anspruchsvoraussetzungen nach Absatz 1 und die in § 37c Abs. 2 S. 1-3 SGB V normierten Anforderungen an den Ort der Anspruchserfüllung erfüllt sind, aufgrund einer vom Medizinischen Dienst durchzuführenden persönlichen Begutachtung des Versicherten am Leistungsort. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung nach § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V grundsätzlich jährlich bzw. bei entsprechendem Anlass nach § 37c Abs. 2 S. 8 SGB V auch früher zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen.
7. Gegenstand des nachfolgenden Rechtsgutachtens ist die in § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V näher normierte **Konkretisierungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses**.
 - a) Der Gemeinsame Bundesausschuss muss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 bis zum 31. Oktober 2021 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 sowie die Anforderungen bestimmen
 1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach § 37c Abs. 1 S. 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 Versorgungskoordination,
 3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach § 37c Abs. 1 S. 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.

- b) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 15.10.2020 beschlossen, ein **Beratungsverfahren** über die „Erstfassung einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege“ einzuleiten.⁵ Zuständig ist der „Unterausschuss Veranlasste Leistungen“, der im Mai 2021 seine Beratungen aufnehmen soll. Bereits im August 2020, also vor Inkrafttreten des Gesetzes, wurde in der Tagespresse von einem ersten Entwurf einer „Richtlinie über die Verordnung mit⁶ außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie – AIP-Richtlinie)“ berichtet, der bereits im April 2020 erstellt worden sein soll.⁷ Dieser offenbar aus dem Kreis der Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses stammende Entwurf war zumindest zwischenzeitlich digital-öffentlich zugänglich und liegt dem Unterzeichner vor.

8. Die Auftraggeberin des Rechtsgutachtens hat darum gebeten, die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Erlass der Richtlinien zu entfalten und zu prüfen, ob die Regelungsvorschläge in dem Entwurf rechtmäßig sind. Insbesondere soll geprüft werden, ob der Richtlinienentwurf Regelungen enthält, die geeignet sind, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V über die gesetzlichen Vorgaben hinaus zu beschränken.

⁵ S. <https://www.g-ba.de/beschluesse/4511/>.

⁶ Gemeint ist wohl: „von“.

⁷ Berliner Zeitung v. 11.08.2020, <https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/haeusliche-intensivpflege-wird-unmoeglich-gemacht-li.98082>; ferner etwa den Hinweis unter <https://www.eu-schwerbehinderung.eu/index.php/33-aktuelles/3950-ipreg-dokument-sorgt-fuer-verwirrung-gemeinsamer-bundesausschuss-nimmt-stellung>.

III. Rechtliche Bewertung

Das Rechtsgutachten arbeitet die Ausgangsfrage in drei Schritten auf: Zunächst werden die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen für das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten und die Kompetenz des G-BA zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs behandelt (1.) In einem zweiten Schritt wird, insbesondere anhand der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der sozialrechtliche Rahmen für die Rechtsnormkonkretisierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfaltet (2.). Auf dieser verfassungs- und einfach-rechtlichen Grundlage wird schließlich geprüft, ob die Regelungsvorschläge im Richtlinienentwurf rechtmäßig sind (3.).

1. Verfassungsrechtliche Rahmung

a) Das Wunsch- und Wahlrecht

aa) Grundlagen

Das in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V normierte Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten normiert einen anerkannten sozialrechtlichen Grundsatz. Er konkretisiert § 33 S. 2 SGB I, wonach den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten entsprochen werden soll, soweit sie angemessen sind. Die Bundesregierung hat dies 1972 in ihrem ersten Gesetzentwurf mit dem Charakter sozialer Rechte begründet:

„Die Konkretisierung der Leitideen unserer Sozialrechtsordnung in der Form sozialer Rechte bringt die Stellung des Bürgers im sozialen Rechtsstaat angemessen zum Ausdruck. Sie soll deutlich machen, daß das Sozialrecht nicht von abstrakten sozialpolitischen Zielen, sondern von den Bedürfnissen des einzelnen bestimmt ist.“⁸

In dieser Begründung wurde die fundamentale Neuausrichtung sozialer Rechte nachgezeichnet, die das Bundesverwaltungsgericht 1954 in seinem berühmten Fürsorge-Urteil vollzogen hatte. Der noch aus dem preußischen Recht stammende

„Grundsatz [...], daß die damals als Armenpflege bezeichnete Fürsorge dem Bedürftigen lediglich aus Gründen der öffentlichen Ordnung, nicht aber um seiner selbst willen zu gewährleisten sei“

widerspreche der auf dem Grundsatz der Menschenwürde aufbauenden Verfassungsordnung. Nach diesem verfassungsrechtlichen „Leitgedanken“ sei das

⁸ BT-Drucks. VI/3764, 17.

„Fürsorgerecht dahin auszulegen, daß die Rechtspflicht zur Fürsorge deren Träger gegenüber dem Bedürftigen obliegt und dieser einen entsprechenden Rechtsanspruch hat.“⁹

Das war seinerzeit eine radikale Kehrtwende im Staat-Bürger-Verhältnis. Es beendete die Perspektive auf den Staatsbürger als Untertanen, der soziale Rechte gnadenhalber von der Obrigkeit erhielt, aber keine eigenen Rechtsansprüche und schon gar keine Mitspracherechte hatte.¹⁰ Das Wunsch- und Wahlrecht ist insoweit ein zentraler Baustein eines freiheitlichen Sozialstaats, das den Einzelnen nicht als Objekt obrigkeitlicher Behandlung ansieht, sondern als autonomes Subjekt, das auch in komplexen gesundheitlichen Krisensituationen in der Lage ist, eigene Entscheidungen zu treffen oder eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, wer seine Angelegenheit besorgt, wenn er dazu selbst nicht mehr in der Lage ist.

Die erstmalige einfach-rechtliche Normierung des Wunsch- und Wahlrechts wurde dementsprechend explizit auch verfassungsrechtlich fundiert:

„Die Achtung vor der Menschenwürde und der Freiheit des einzelnen, der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und das Ziel, so leistungsfähig wie möglich zu arbeiten, gebieten der Sozialverwaltung, im Interesse der berechtigten und verpflichteten Bürger auf die Umstände des Einzelfalls Rücksicht zu nehmen, sofern und soweit das Gesetz einen Handlungsspielraum läßt.“¹¹

Die Fundierung des Wunsch- und Wahlrechts in der Menschenwürde wird namentlich im Pflegeversicherungsrecht aufgegriffen. Gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 SGB XI sollen die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Ausfluss dieser Selbstbestimmtheit ist das in § 2 Abs. 2 S. 1 SGB XI normierte Recht der Pflegebedürftigen, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen zu können. Gleichsinnig normiert § 8 Abs. 1 S. 1 SGB IX für das Rehabilitations- und Teilhaberecht, dass bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen wird.

bb) Das Wunsch- und Wahlrecht im verfassungs- und völkerrechtlichen Kontext

Die im einfachen Recht angelegte verfassungsrechtliche Fundierung des Wunsch- und Wahlrechts von Sozialleistungsberechtigten lässt sich auf die Rechtsprechung des Bundesverfas-

⁹ Beide Zitate aus BVerwGE 1, 159 (160f.).

¹⁰ Hauer, Die „Fürsorge-Entscheidung“ des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwGE 1, 159) aus rechtshistorischer Sicht, 2020, S. 133ff.

¹¹ BT-Drucks. VI/3764, 23.

sungsgerichts zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) zurückführen. Dieses sichert

„jedem Einzelnen einen autonomen Bereich privater Lebensgestaltung, in dem er seine Individualität entwickeln und wahren kann.“¹²

Als Recht auf Selbstbestimmung verbürgt das allgemeine Persönlichkeitsrecht damit auch die Freiheit des Einzelnen, „über den Umgang mit seiner Gesundheit nach eigenem Gutdünken zu entscheiden.“¹³ Zu diesem gesundheitsbezogenen Selbstbestimmungsrecht zählt nicht nur die Entscheidung, ob man sich behandeln und pflegen lassen möchte, sondern auch, wo dies geschieht. Das verfassungsrechtliche Konzept der Autonomie des Einzelnen gilt damit auch und gerade im Bereich der sozialen Rechte.

Insoweit besteht eine besondere Schutzbedürftigkeit von Menschen mit Behinderung, die über das ohnehin schon verfassungsrechtlich verbürgte Diskriminierungsverbot in Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG hinausgeht. Das von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte „Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) betont bereits in seiner Präambel „wie wichtig die individuelle Autonomie und Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderungen ist, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ und setzt an die Spitze der allgemeinen Grundsätze der Konvention „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit“ (Art. 3 lit. a) UN-BRK).

Auch wenn die Normen des universellen Völkervertragsrechts im innerstaatlichen Recht nicht unmittelbar anwendbar sind, beeinflussen sie – jenseits ihrer völkerrechtlichen Verbindlichkeit – die Auslegung des innerstaatlichen Rechts. Das Grundgesetz versteht sich als völkerrechtsfreundliche Rechtsordnung, die grundsätzlich eine völkerrechtskonforme Auslegung und Anwendung ihrer Normen verlangt.¹⁴ Dies gilt auch für die Grundrechte des Grundgesetzes. Dementsprechend hat das Bundesverfassungsgericht angenommen, dass auch die „UN-Behindertenrechtskonvention [...] als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden kann“¹⁵.

¹² BVerfGE 79, 256 (268); 117, 202 (225); 141, 186 (201).

¹³ BVerfGE 142, 313 (339); *Kingreen/Poscher*, Grundrechte. Staatsrecht II, 36. Aufl. 2020, Rn. 442 f.

¹⁴ BVerfGE 58, 1 (34); 59, 63 (89).

¹⁵ BVerfGE 128, 282 (306).

Die Autonomie in allen die Gesundheit betreffenden Angelegenheiten gehört daher zum Kernbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Zu ihr gehört gerade in gesundheitlichen Krisensituationen die Entscheidung über den eigenen Aufenthalt. Denn diese bestimmt über das soziale Umfeld, das den Umgang mit dieser Herausforderung begleitet. Dementsprechend garantiert Art. 19 UN-BRK das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, wozu nach lit. a) auch gehört „ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.“

Wenn daher dem Wunsch eines Versicherten, die außerklinische Intensivpflege nicht in einer stationären Einrichtung, sondern im privaten Umfeld (§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V) zu erhalten, nicht entsprochen wird, so liegt darin nicht nur eine Beeinträchtigung des einfachrechtlich in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V garantierten Wunsch- und Wahlrechts, sondern zugleich auch ein Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsgrundrecht des Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Ein solcher Eingriff kann selbstverständlich gerechtfertigt werden, insbesondere wenn der gewünschte Leistungsort „schon dem Grunde nach, also auch nach Nachbesserungsmaßnahmen, vollkommen ungeeignet ist, dem Therapieziel gerecht werdende Pflege zu erbringen.“¹⁶ Der Grundrechtseingriff löst aber, worauf im Folgenden näher einzugehen sein wird, mit der Notwendigkeit verfassungsrechtlicher Rechtfertigung zugleich den Parlamentsvorbehalt aus.

b) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Eingriffen in das Wunsch- und Wahlrecht

aa) Der Parlamentsvorbehalt

Für die Rechtfertigung von Eingriffen in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG gelten die Schranken des Art. 2 Abs. 1 GG, insbesondere diejenige der verfassungsmäßigen Ordnung.¹⁷ Der Eingriff bedarf daher einer hinreichend konkreten gesetzlichen Grundlage.

Dieser sog. Parlamentsvorbehalt verlangt, dass

„staatliches Handeln in bestimmten grundlegenden Bereichen durch förmliches Gesetz legitimiert wird“¹⁸

¹⁶ Padé, in: Engelmann/Schlegel (Hrsg.), Juris-PK SGB V, § 37c [2021] Rn. 52.

¹⁷ BVerfGE 106, 28 (48); 117, 202 (227).

¹⁸ BVerfGE 98, 218 (251).

und verpflichtet daher den Gesetzgeber,

„in grundlegenden normativen Bereichen, zumal im Bereich der Grundrechtsausübung, soweit diese staatlicher Regelung zugänglich ist, alle wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen.“¹⁹

Aus der Verpflichtung zur Selbstentscheidung folgt das Verbot der Übertragung wesentlicher Entscheidungen auf die Exekutive: Das Parlament darf die wesentlichen Entscheidungen

„nicht dem Handeln und der Entscheidungsmacht der Exekutive“²⁰

überlassen.

Der Parlamentsvorbehalt stellt damit

„sicher, dass die Grenzen zwischen zulässigem und unzulässigem Grundrechtsgebrauch, zwischen zulässiger und unzulässiger Grundrechtseinschränkung nicht fallweise nach beliebiger Einschätzung von beliebigen Behörden oder Gerichten, sondern primär – in der Form eines allgemeinen Gesetzes – durch den Gesetzgeber gezogen werden.“²¹

Das Bundesverfassungsgericht verknüpft den Parlamentsvorbehalt explizit auch mit der Ermöglichung von Partizipation. Dem Parlamentsgesetz kommt nämlich

„gegenüber dem bloßen Verwaltungshandeln die unmittelbarere demokratische Legitimation zu, und das parlamentarische Verfahren gewährleistet ein höheres Maß an Öffentlichkeit der Auseinandersetzung und Entscheidungssuche und damit auch größere Möglichkeiten eines Ausgleichs widerstreitender Interessen.“²²

Der Parlamentsvorbehalt soll daher ein Verfahren gewährleisten,

„das sich durch Transparenz auszeichnet [...] und [...] den Betroffenen [...] Gelegenheit bietet, ihre Auffassungen auszubilden und zu vertreten.“²³

Der Parlamentsvorbehalt ist allerdings kein parlamentsbezogener Totalvorbehalt.²⁴ In dynamischen, dem technischen Wandel unterworfenen Bereichen kann und muss er die Detailsteuerung der Exekutive überlassen, die die gesetzgeberischen Vorgaben durch Rechtsverordnungen, Verwaltungsvorschriften etc. konkretisiert. Auch bei fachmedizinischen Fragestellungen der Qualitätssicherung und Methodenbewertung sind flexible untergesetzliche Regelungsstrukturen unerlässlich.

¹⁹ BVerfGE 61, 260 (275); 88, 103 (116).

²⁰ BVerfGE 83, 130 (142); 116, 24 (58).

²¹ BVerfGE 133, 112 (132).

²² BVerfGE 40, 237 (249).

²³ BVerfGE 95, 267 (307f.); vgl. bereits BVerfGE 85, 386 (403).

²⁴ BVerfGE 68, 1 (109).

bb) Verfassungsrechtliche Legitimation der untergesetzlichen Konkretisierung durch Richtlinien des G-BA

Die Besonderheit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht darin, dass die untergesetzliche Rechtsnormkonkretisierung nicht durch Behörden der unmittelbaren Staatsverwaltung insbesondere in Gestalt von Rechtsverordnungen erfolgt, sondern durch Richtlinien des G-BA, dem Zentralorgan der Gemeinsamen Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Vertragsärzten und Krankenhäusern (§§ 91-92 SGB V). Diese untergesetzliche Konkretisierung des Leistungs- und des Leistungserbringungsrechts ist umstritten, seitdem das Bundessozialgericht im sog. Methadon-Urteil vom 20.03.1996²⁵ die bisherige Einordnung der Richtlinien als Verwaltungsbinnenrecht zugunsten ihrer außerrechtlichen Verbindlichkeit aufgegeben hat.²⁶ Dabei geht es vor allem um die Frage, ob der G-BA für die allgemeinverbindliche Rechtsetzung i. S. v. Art. 20 Abs. 2 GG hinreichend personell demokratisch legitimiert ist, insbesondere soweit es um Normadressaten geht, die nicht mit Entscheidungsbefugnissen im G-BA vertreten sind.²⁷ Dazu gehören neben den nichtärztlichen Leistungserbringern namentlich auch die Versicherten. Als sog. Außenseitern droht ihnen die Gefahr einer Fremdbestimmung, die in einem gewissen Spannungsverhältnis zu dem grundlegenden Anliegen steht, die Selbstbestimmung der Versicherten auch im Gesundheitswesen zu stärken.

Die Diskussion über die verfassungsrechtliche Legitimation des G-BA und seiner Richtlinien wird zwar seit vielen Jahren geführt.²⁸ Sie muss aber an dieser Stelle nicht in den Einzelheiten behandelt werden, zumal sie sich – worauf nachfolgend noch näher einzugehen sein wird – nicht gegen die Institution des G-BA und seine anerkannten und unverzichtbaren Funktionen für die Qualitätssicherung richten. Es ist damit dem Grunde nach auch verfassungsrechtlich nicht umstritten, dass der G-BA den Leistungsanspruch des Versicherten nach § 37c SGB V konkretisieren darf.

Dennoch steuert das dem Grundgesetz zugrunde liegende Modell demokratischer Legitimation die Frage, welche Befugnisse der G-BA bei der Konkretisierung sozialrechtlicher Leistungsansprüche wie § 37c SGB V hat.

²⁵ BSGE 78, 70; dazu noch unten 2.

²⁶ Dazu näher unten 2.

²⁷ Vgl. zum Meinungsstand *Schmidt-De Caluwe*, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl. 2020, § 92 Rn. 7ff.

²⁸ Vgl. schon *Kingreen*, NJW 2006, 877ff.

Gemäß Art. 20 Abs. 2 S. 1 GG geht alle Staatsgewalt vom Volke aus. Das Volk ist damit alleiniger Inhaber der Staatsgewalt:

„Alles amtliche Handeln mit Entscheidungscharakter bedarf nach dem Demokratieprinzip (Art. 20 Abs. 2 GG) der demokratischen Legitimation. Es muss sich auf den Willen des Volkes zurückführen lassen und ihm gegenüber verantwortet werden.“²⁹

Das Volk übt diese Staatsgewalt nach Art. 20 Abs. 2 S. 2 Hs. 1 GG unmittelbar durch Wahlen und Abstimmungen aus und nach Art. 20 Abs. 2 S. 2 Hs. 2 GG mittelbar durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung. Die Innehabung der Staatsgewalt und deren Ausübung fallen damit regelmäßig auseinander, da das Volk die Staatsgewalt nur punktuell durch Wahlen und Abstimmungen selbst ausüben kann. Aus diesem Grunde bedarf es eines Legitimation stiftenden „Zurechnungszusammenhangs“³⁰ zwischen dem Volk und diesen besonderen Organen. Dieser wird vorrangig durch das Parlament und die Parlamentsgesetze realisiert, denn das Volk wählt lediglich die besonderen Organe der Gesetzgebung (und nicht auch diejenigen der beiden anderen Gewalten). Daher bilden die sachlich-inhaltliche Legitimation durch das Parlamentsgesetz und die unmittelbar auf den Volkswillen zurückzuführende personell-organisatorische Legitimation der gewählten Abgeordneten das Gerüst des verfassungsrechtlichen Modells demokratischer Legitimation:

„Ein Amtsträger ist personell uneingeschränkt legitimiert, wenn er sein Amt im Wege einer Wahl durch das Volk oder das Parlament oder durch einen seinerseits personell legitimierten Amtsträger oder mit dessen Zustimmung erhalten hat. Sachlich-inhaltliche Legitimation wird durch die Bindung an das Gesetz sowie durch Aufsicht und Weisung übergeordneter staatlicher Stellen vermittelt.“³¹

Die personell-organisatorische Legitimation wird auch im Bereich der Exekutive durch eine ununterbrochene Legitimationskette vom Volk zu dem mit staatlichen Aufgaben betrauten Organen und Amtswaltern erzeugt.³² Jeder Amtswalter muss daher sein Amt durch einen seinerseits personell legitimierten Amtsträger oder mit dessen Zustimmung erhalten haben (personelle Komponente); zugleich muss der Aufgabenbereich festgelegt werden, innerhalb dessen sein Handeln legitimiert ist (organisatorische Komponente).³³

²⁹ BVerfGE 130, 76 (123).

³⁰ BVerfGE 130, 76 (123); 135, 155 (221); 136, 194 (261).

³¹ BVerfGE 135, 155 (223); vgl. bereits 83, 60 (72); 130, 76 (123).

³² BVerfGE 83, 60 (73).

³³ Grundlegend: *Böckenförde*, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), *Handbuch des Staatsrechts* Bd. II, 3. Aufl. 2004, § 24 Rn. 16ff.

Das Bundesverfassungsgericht greift dieses Zusammenwirken sachlich-inhaltlicher und personell-organisatorischer Elemente auch in seiner Entscheidung zur Frage der demokratischen Legitimation des G-BA auf. Es hält die daran geäußerten Zweifel zwar für „durchaus gewichtig“, betont aber zugleich, dass nicht die Verfassungsmäßigkeit der Institution als solche, sondern allenfalls einzelne seiner Richtlinien in Frage stehe. Um die Verfassungsmäßigkeit einer Richtlinie im Einzelfall beurteilen zu können bedürfe es konkreter Ausführungen

„zur Ausgestaltung der in Rede stehenden Befugnis, zum Gehalt der Richtlinie und zur Reichweite der Regelung auf an ihrer Entstehung Beteiligten oder auch unbeteiligte Dritte. Denn es ist nicht ausgeschlossen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für eine Richtlinie hinreichende Legitimation besitzt, wenn sie zum Beispiel nur an der Regelsetzung Beteiligte mit geringer Intensität trifft, während sie für eine andere seiner Normen fehlen kann, wenn sie zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht mitwirken konnten. *Maßgeblich ist hierfür insbesondere, inwieweit der Ausschuss für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist.*“³⁴

Dieser letzte, hier besonders hervorgehobene Satz ist für den vorliegenden Zusammenhang von erheblicher Bedeutung. Er erklärt sich aus der Logik des bundesverfassungsgerichtlichen Modells demokratischer Legitimation, in dem personelle und sachliche Elemente einander ergänzen und Defizite auch wechselseitig kompensieren können. Es besteht m.a.W. eine Wechselwirkung zwischen personeller und sachlicher Legitimation, die einander wie kommunizierende Röhren ergänzen. Entscheidend ist stets, dass ein verfassungsrechtlich hinreichendes Legitimationsniveau erreicht wird:

„Personelle und sachlich-inhaltliche Legitimation stehen in einem wechselbezüglichen Verhältnis derart, dass eine verminderte Legitimation über den einen Strang durch verstärkte Legitimation über den anderen ausgeglichen werden kann, sofern insgesamt ein bestimmtes Legitimationsniveau erreicht wird.“³⁵

Die personelle Legitimation des G-BA ist im Verhältnis zu nichtärztlichen Leistungserbringern und Versicherten fragwürdig, aber jedenfalls vermindert. Aus eben diesem Grunde muss sie durch eine verstärkte sachliche Legitimation durch das Gesetz und die Gesetzesbindung kompensiert werden. Der Parlamentsvorbehalt spielt daher eine herausgehobene Rolle, weil er die sachliche Legitimation der Richtlinien durch das Parlamentsgesetz sichert.

Die Verfassungsmäßigkeit eines in der Versagung des Wunsch- und Wahlrechts liegenden Eingriffs in das allgemeine Persönlichkeitsrecht hängt daher maßgeblich davon ab, dass die

³⁴ BVerfG, NJW 2016, 1505 (1507); Hervorhebung nur hier.

³⁵ BVerfGE 130, 76 (124).

gesetzlichen Vorgaben für den G-BA hinreichend konkret sind und dass diese Vorgaben auch akribisch beachtet werden. Gerade wegen der schwächer ausgeprägten personellen demokratischen Legitimation des G-BA ist also die sachliche Legitimation durch das Parlamentsgesetz im durch Richtlinien konkretisierten Krankenversicherungsrecht von einer wesentlich größeren Bedeutung als beim Vollzug der Gesetze durch Staatsbehörden, deren personelle Legitimation anders als beim G-BA auf das Gesamtvolk zurückgeführt werden kann.³⁶

Das leitet über zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Funktionen und Grenzen der Rechtsnormkonkretisierung durch den G-BA.

2. Grund und Grenzen der Rechtsnormkonkretisierung durch den G-BA

a) Das sog. Rechtskonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts

Die im 3. Abschnitt des Sozialgesetzbuchs V aufgeführten Anspruchsgrundlagen (§§ 20ff. SGB V, insbesondere die bei Krankheit einschlägigen §§ 27ff. SGB V, begründen nach Meinung des Bundessozialgerichts keine Leistungsrechte im Vollsinn, sondern sind ausfüllungsbedürftige Rahmenrechte.³⁷ Das Gesetz beschränkt sich insoweit weitgehend auf die allgemeinen Vorgaben, dass die Leistungen dem „Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) entsprechen und „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V) sein müssen.

Die Richtlinien des G-BA sind in diesem auf das Bundessozialgericht zurückgehenden sog. Rechtskonkretisierungskonzept³⁸ die wichtigste Rechtsquelle. Sie verdichten das gesetzliche Rahmenrecht zum durchsetzbaren Einzelanspruch³⁹ und vermitteln zugleich den „unmittelbar sachlogischen Zusammenhang“⁴⁰ zwischen Leistungs- und Leistungserbringungsrecht: Denn der Umfang der zu gewährenden Krankenversorgung kann im Verhältnis der Versicherten zu den Krankenkassen kein anderer sein als im Verhältnis der Leistungserbringer zu den Krankenkassen. Die Richtlinien haben also die Funktion, die Verpflichtung der Leistungserbringer zu einer medizinisch ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlungs- und Ordnungsweise mit den Ansprüchen der Versicherten zu koordinieren. Sie sind aus diesem Grunde nach § 91 Abs. 6 SGB V für alle Beteiligten (Versicherte, Krankenkassen, Leistungser-

³⁶ Zur demokratischen Legitimation der unmittelbaren Staatsverwaltung BVerfGE 83, 60 (73); *Böckenförde*, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. II, 3. Aufl. 2004, § 24 Rn. 16ff.

³⁷ BSGE 73, 271 (279ff.); 78, 70 (75ff.); 81, 54 (59ff.); 81, 73 (76ff.).

³⁸ S. zur Genealogie der BSG-Rechtsprechung *Kingreen*, ZMGR 2010, 216 (217ff.).

³⁹ BSGE 81, 54 (61).

⁴⁰ BSGE 78, 70 (77).

bringer) verbindliches außenwirksames Recht. Leistungen, die in den Richtlinien nicht anerkannt sind, darf der Leistungserbringer daher nicht erbringen und der Versicherte grundsätzlich nicht beanspruchen.⁴¹

b) Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung

Die Richtlinien des G-BA sind sowohl der Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit (§ 94 SGB V) als auch sozialgerichtlicher Kontrolle unterworfen. Bestandteil der aufsichts- und sozialgerichtlichen Kontrolle ist insbesondere auch die Prüfung, ob der G-BA die Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung eingehalten hat. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist das ein zentrales Element des Kontrollprogramms, weil durch die parlamentsgesetzliche Steuerung die abgeschwächte personelle Legitimation des G-BA im Verhältnis zu Außenseitern kompensiert wird bzw. werden soll. Aus dem reichhaltigen Fallrecht kann man unterscheiden zwischen Fällen, in denen der G-BA über die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen disponiert hat und solchen, in denen er prozedurale Zusatzhürden für die Leistungsanspruchnahme errichtet hat:

aa) Unzulässige Disposition über Anspruchsvoraussetzungen

Beispielsweise hat das Bundessozialgericht Bestimmungen in den Arzneimittel-Richtlinien für rechtlich unerheblich erklärt, die „Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion“ sowie „Mittel, die der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz dienen“, von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausschließen wollten. Das Bundessozialgericht sah darin eine Überschreitung der gesetzlichen Ermächtigung, weil allein dem Gesetzgeber die Entscheidung darüber obliege,

„ob er die Behandlung von Gesundheitsstörungen, die nach der herkömmlichen Begriffsbestimmung als ‚Krankheit‘ im Sinne des § 27 Abs 1 SGB V zu verstehen sind, auf Kosten der solidarisch haftenden Versichertengemeinschaft deshalb untersagen will, weil die Wirtschaftlichkeit der Verordnung nicht überprüfbar ist.“⁴²

Die Regelung war also rechtswidrig, weil der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit dem Ausschluss des Arzneimittels zugleich über die Anspruchsvoraussetzung des Vorliegens einer Krankheit disponiert hatte.

⁴¹ Dazu und zu den Ausnahmen *Becker/Kingreen*, in: *Becker/Kingreen* (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl. 2020, § 11 Rn. 21.

⁴² BSG, Urt. v. 30.09.1999, B 8 KN 9/98 KR R, Rn. 62 (juris).

Kurze Zeit später hat das Bundessozialgericht etwa auch den Ausschluss einer bestimmten Methode der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V) durch die Richtlinien für unerheblich erklärt, weil sich der Regelungsauftrag des (seinerzeitigen) Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen auf eine Konkretisierung der gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen beschränke.⁴³

In mehreren Entscheidungen hat das Bundessozialgericht zudem die Regelungsbefugnisse des G-BA im Bereich der häuslichen Krankenpflege hervorgehoben. Gegenstand einer 2005 ergangenen Entscheidung war der Fall einer schwerstpflegebedürftigen Klägerin, der vom Hausarzt häusliche Krankenpflege in Form von täglichen Bewegungsübungen verordnet worden war. Die beklagte Krankenkasse lehnte die Übernahme der Leistung u. a. mit der Begründung ab, dass die Bewegungsübungen in den sog. HKP-Richtlinien nicht als Bestandteil der Behandlungspflege aufgeführt seien. Das Bundessozialgericht hat dem widersprochen. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V räume dem Bundesausschuss keine Ermächtigung ein, den Leistungsumfang der häuslichen Krankenpflege abschließend festzulegen. Daher könnten die HKP-Richtlinien keine Exklusivität beanspruchen. Der gesetzgeberische Auftrag an den Bundesausschuss beschränke sich gemäß dem Wesen von Richtlinien auf die Konkretisierung und Interpretation des Wirtschaftlichkeitsgebotes für die Regelfälle der häuslichen Krankenpflege:

„Für eine Ausgrenzung notwendiger Leistungen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen, ihre Zuweisung zum Aufgabenbereich der Pflegekassen oder in die Eigenverantwortung der Versicherten (dh Selbstbeteiligung [...]) – wie es die Beklagte sieht – hat der Bundesausschuss keine Ermächtigung.“⁴⁴

In einem ähnlichen Fall zur häuslichen Krankenpflege hat das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung zur Maßstäblichkeit der gesetzlichen Ermächtigung in den beiden aufgeführten Fällen wie folgt zusammengefasst:

„Ein Ausschluss der im Einzelfall gebotenen Krankenbeobachtung aus dem Katalog der verordnungsfähigen Leistungen verstößt [...] gegen höherrangiges Recht. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt ist, den Begriff der Krankheit in § 27 Abs 1 SGB V hinsichtlich seines Inhalts und seiner Grenzen zu bestimmen (BSGE 85, 36 [...]), ist er befugt, medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszunehmen, wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 17. März 2005 - B 3 KR 35/04 R [...]). Die HKP-Richtlinien binden die Gerichte insoweit nicht.“⁴⁵

⁴³ BSG, Urt. v. 03.04.2001, B 1 KR 40/00 R, Rn. 10 (juris).

⁴⁴ BSG, Urt. v. 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23 (juris).

⁴⁵ BSG, Urt. v. 10.11.2005, B 3 KR 38/04 R, Rn. 19 (juris).

bb) Unzulässige prozedurale Zusatzhürden für die Inanspruchnahme von Leistungen

Im hiesigen Kontext besonders interessant sind Fälle, in denen der G-BA versucht hat, über das Gesetz hinausgehende prozedurale Hürden für die Inanspruchnahme von Leistungen zu regeln.

(1) Gesetzlich nicht vorgesehener Genehmigungsvorbehalt

Das Bundessozialgericht hatte sich beispielsweise in einer 2012 ergangenen Entscheidung mit einer Norm der Krankentransport-Richtlinie zu befassen, die vorsah, dass die Krankenkassen Krankentransporte i.S.v. § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V („Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist“) zu genehmigen hatten.

§ 60 SGB V enthielt zwar für einzelne Beförderungsfälle einen Genehmigungsvorbehalt, aber nicht für diesen. Das Bundessozialgericht hat daher die entsprechende Norm der Krankentransport-Richtlinie wegen Verstoßes gegen die gesetzliche Ermächtigungsnorm für rechtswidrig erklärt:

„Der GBA und die Beklagte sind also zu Unrecht der Auffassung, dass die Genehmigungspflicht gemäß § 60 Abs 1 S 3 SGB V auch für KTW-Transporte nach § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V gilt. Die diese Rechtsauffassung umsetzende Regelung in § 6 Abs. 3 S. 1 Krankentransport-RL ist mangels Ermächtigungsnorm rechtswidrig (so auch Hasfeld in juris-PK, SGB V, § 60 RdNr 64; Kingreen in Becker/Kingreen, SGB V, 2. Aufl 2010, § 60 RdNr 19; Höfler in Kasseler Kommentar, SGB V, § 60 RdNr 19; Krauskopf/Baier, SGB V, § 60 RdNr 19; Hauck/Gerlach, SGB V, § 60 RdNr 24a; aA Kruse in Hänlein/Kruse/Schuler, LKP-SGB V, 4. Aufl 2012, § 60 RdNr 3).“⁴⁶

Das ist eine unmissverständliche Aussage: Ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsnorm kann untergesetzlich kein Genehmigungserfordernis geregelt werden. Der Gesetzgeber hat im Anschluss daran eine ausdrückliche Genehmigungspflicht auch für Krankentransporte ins Gesetz aufgenommen (§ 60 Abs. 1 S. 4 SGB V).

(2) Gesetzlich nicht vorgesehener Verordnungsvorbehalt

In einem weiteren Fall ging es um die Frage, ob der G-BA eigenständig ein zusätzliches Erfordernis einer ärztlichen Verordnung im Bereich der Versorgung mit Sehhilfen einführen durfte. Gemäß § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet ha-

⁴⁶ BSG, Urt. v. 12.09.2012, B 3 KR 17/11 R, Rn. 28 (juris).

ben, Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen. Der G-BA meinte aus der Wendung „verordneter Fernkorrekturausgleich“ schließen zu können, dass dieser Leistungsanspruch generell eine ärztliche Verordnung voraussetzt, also auch bei Folgeverordnungen, obwohl nach § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V eine Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.⁴⁷

Das Bundesministerium für Gesundheit hat diese Regelung zu Recht beanstandet, weil sie nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt war.⁴⁸

3. Prüfung der Rechtmäßigkeit des Richtlinien-Entwurfs

Als Ausgangspunkt für die Prüfung der Rechtmäßigkeit von Einzelbestimmungen des Entwurfs einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (RL-E) kann damit festgehalten werden: Entscheidungen der Krankenkassen, die das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten hinsichtlich des Orts der Leistungsanspruchnahme nicht berücksichtigen, sind Eingriffe in das allgemeine Persönlichkeitsgrundrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) und bedürfen daher einer hinreichenden gesetzlichen Ermächtigung, die maßgebend ist auch für die Rechtskonkretisierung durch den G-BA. Die Kontrolle, ob der G-BA die Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung eingehalten hat, muss besonders strikt durchgeführt werden, weil die sachliche Legitimation erzeugende Gesetzesbindung die abgeschwächte personelle Legitimation des G-BA im Verhältnis zu den dort nicht vertretenen Versicherten kompensieren muss.

a) Der Referentenentwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG)

Die Regelungsinhalte des Richtlinienentwurfs stehen im Kontext eines ersten Referentenentwurfs eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG) aus dem August 2019.⁴⁹ Dieser sah bereits die Schaffung eines neuen § 37c SGB V vor (= § 37c SGB V-E), der in seinen hier

⁴⁷ Dazu kritisch *Kingreen*, *GewA* 2017, 257ff. sowie *Lungstras*, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), *SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung*, 7. Aufl. 2020, § 33 Rn. 62.

⁴⁸ Vgl. dazu zunächst das Schreiben des BMG an den G-BA v. 23. 8. 2017 (www.g-ba.de/downloads/40-268-4535/2017-07-20_HilfsM-RL_Sehhilfen-Erwachsene_BMG.pdf), sodann die Antwort des G-BA an das BMG v. 30. 11. 2017 (www.g-ba.de/downloads/40-268-4709/2017-07-20_HilfsM-RL_Sehhilfen-Erwachsene_G-BA.pdf) und schließlich die formale Beanstandung durch das BMG v. 4. 1. 2018 (www.g-ba.de/downloads/40-268-4738/2017-07-20_HilfsM-RL_Sehhilfen-Erwachsene_BMG2.pdf).

⁴⁹ S. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/risg.html> (im Folgenden: Referentenentwurf).

allein relevanten Absätzen 1 und 2 hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechts deutlich andere Gewichtungen vornahm als dies die nunmehr beschlossene Gesetzesfassung vorsieht:

37c Außerklinische Intensivpflege

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt. Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. Juni 2020 den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials.

(2) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1. Wenn die Pflege in einer Einrichtung nach Satz 1 nicht möglich oder nicht zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen; bei Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Pflege außerhalb des eigenen Haushalts oder der Familie in der Regel nicht zumutbar. Bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gilt die Unterbringung in einer Einrichtung nach Satz 3 auch für solche Versicherte als nicht zumutbar, die am ... [einfügen: Tag des Inkrafttretens] Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in ihrem Haushalt, in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort bereits in Anspruch genommen haben.

Die Vorschlag sah also noch kein einfach-rechtliches Wunsch- und Wahlrecht vor. Zudem enthielt er anders als der später Gesetz gewordene § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V eine Hierarchie der Orte, an denen der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege zu erfüllen war. Nach § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V-E sollte der Anspruch grundsätzlich außerhalb des privaten Umfeld in stationären Einrichtungen erfüllt werden, im Haushalt oder in der Familie eines erwachsenen Versicherten aber nur, wenn eine stationäre Unterbringung nicht möglich oder nicht zumutbar war. Damit blieb er hinter der bisherigen Regelung in § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V zurück, der keine Abstufung zwischen stationären und privat-familiären Orten enthielt.

Die Begründung des Referentenentwurfs für § 37c Abs. 2 SGB V-E paraphrasiert im Wesentlichen nur den Regelungsvorschlag. Auch im Übrigen findet man außer allgemeinen Hinweisen zur „Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege“⁵⁰ im Kontext der Beatmungsentwöhnung keinen Hinweis darauf, warum die Leistungen nicht ebenso gut von qualifizierten Fachkräften im häuslich-familiären Umfeld erbracht werden können sollen. Im Gegenteil wird sogar konzediert, dass die „abrupte Verlegung in ein neues Umfeld eine besondere Härte“⁵¹ darstelle.

Der Regelungsvorschlag in § 37c Abs. 2 SGB V-E ist zwar namentlich vom GKV-Spitzenverband und vom AOK-Bundesverband begrüßt worden; auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ihn nicht grundsätzlich kritisiert, wenn sie auch vor „Zwangshospitalisierungen“ warnt. Er ist aber von Patientenverbänden und Fachgesellschaften aber wegen der unangemessenen Zurückstellung von Patientenwünschen verbreitet abgelehnt worden ist.⁵² Dieses Meinungsspektrum ist deshalb bemerkenswert, weil die den G-BA maßgeblich tragenden Organisationen (§ 91 SGB V) den Vorrang der stationären Intensivpflege grundsätzlich begrüßt haben, während er von denjenigen Organisationen abgelehnt wurde, die keine Gestaltungs- und Stimmrechte im G-BA haben. Hier zeigt sich exemplarisch die Problematik defizitärer personeller Legitimation des G-BA, die sich für die dort nicht vertretenen Gruppen als Fremdverwaltung ihrer eigenen Angelegenheiten darstellt.

Aufgrund der erheblichen Kritik aus den Patientenverbänden und Fachgesellschaften ist der Referentenentwurf in den hier maßgeblichen Inhalten erheblich entschärft worden. Es ist keine Hierarchie der Leistungsorte mehr vorgesehen (§ 37c Abs. 2 S. 1 SGB V) und das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist in §37c Abs. 2 S. 2 SGB V explizit normiert worden. Im parlamentarischen Gesetzgebungsprozess wurde also die Kritik derjenigen Verbände aufgegriffen, die im G-BA nicht vertreten sind. Hingegen konnten sich die im G-BA vertretenen Organisationen gerade nicht mit dem Anliegen der Nachrangigkeit der häuslich-familiären Intensivpflege durchsetzen. Da nun aber ausgerechnet und nur ihnen im G-BA die Kompetenz zugewiesen ist, den Leistungsanspruch untergesetzlich zu konkretisieren, lässt es sich jeden-

⁵⁰ Referentenentwurf, S. 22.

⁵¹ Referentenentwurf, S. 22.

⁵² Vgl. einerseits die Stellungnahmen des AOK-Bundesverbands, S. 9, des GKV-Spitzenverbands, S. 12fff. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, S. 6; andererseits nur beispielhaft die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft Patientenschutz, S. 4ff., Nachweise aller Stellungnahmen finden sich unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refer/risg.html>; vgl. zur Kritik auch *Arndt*, GesR 2020, 564 (564).

falls nicht ausschließen, dass der parlamentsgesetzliche Anspruch der ebenfalls nicht im G-BA mit Stimmrechten vertretenen Versicherten durch untergesetzliche Regelungen unterhöhlt und damit entwertet wird. Dieses Potenzial zeigt der Richtlinienentwurf, wie nachfolgend näher zu zeigen sein wird, sehr deutlich. Er geht nämlich ausgerechnet bei der Bestimmung des Kreises der verordnenden Vertragsärzte und den Entscheidungskompetenzen der Krankenkassen über das hinaus, was das Gesetz erlaubt.

b) Qualifikation der außerklinische Intensivpflege verordnenden Ärztinnen und Ärzte, § 4

Abs. 1 RL-E

Gemäß § 4 Abs. 1 RL-E darf außerklinische Intensivpflege für beatmungspflichtige und tracheotomierte Versicherte nur von besonders qualifizierten Ärztinnen und Ärzten verordnet werden. Besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte sind Fachärztinnen und Fachärzte

- für Innere Medizin und Pneumologie
- für Anästhesiologie/Anästhesie
- für Neurologie
- mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Neurologie,

soweit diese über theoretische und praktische Kenntnisse im Umgang mit Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), Tracheostoma, Trachealkanülenmanagement, Sekretmanagement, speziellen Hilfsmitteln, Notfallsituationen und Dysphagie verfügen.

Die Beschränkung des Kreises der ordnungsbefugten Vertragsärzte auf den in § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E genannten Kreis von Fachärzte bedeutet eine administrative Hürde beim Zugang zur außerklinischen Intensivpflege, die durch eine gesetzliche Bestimmung gedeckt sein muss. Gesetzlich nicht vorgesehene Verordnungsvorbehalte sind ebenso rechtswidrig⁵³ wie Verordnungsvorbehalte, die über das Gesetz hinausgehende Anforderungen an die Verordnung nichtärztlicher Leistungen aufstellen.

Als Rechtsgrundlage für § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E kommt § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 4 SGB V in Betracht, wonach der G-BA „das Nähere“ zu den Anforderungen an „die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen“ regeln darf. Er knüpft damit an § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V an, wonach die außerklinische Intensivpflege der Ver-

⁵³ Vgl. oben 2. b) bb) (2).

ordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt bedarf, „der oder die für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist“. Ein solcher Verordnungsvorbehalt ist für nichtärztliche Leistungen die Regel; die Verordnung verdichtet den gesetzlichen Leistungsanspruch auf eine konkrete Leistung.

Typologisch ist die Verordnung nach § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und folgt damit auch den allgemeinen vertragsarztrechtlichen Bestimmungen. Das ist deshalb wichtig, weil sich die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1 S. 1 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung gliedert. Vertragsärzte sind dementsprechend sowohl die in § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V aufgezählten Hausärzte als auch die sonstigen Fachärzte im Sinne von § 73 Abs. 1a S. 2 SGB V. Die Differenzierung zwischen Haus- und Fachärzten wird auch in den Regeln über die Willensbildung in den Kassenärztlichen Vereinigungen abgebildet: Gemäß § 79 Abs. 3a S. 1 SGB V stimmen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, und über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. Dementsprechend gibt es nach § 79c S. 1 SGB V bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils einen beratenden Fachausschuss für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.

Wenn daher § 37c Abs. 1 S. 4 und S. 8 Nr. 4 SGB V die Verordnung durch qualifizierte Vertragsärzte fordert, so sind das schon aufgrund des Wortlauts der Norm grundsätzlich sowohl Haus- als auch Fachärzte. Diese Interpretation lässt sich auch durch systematische Auslegung erhärten. Im Sozialgesetzbuch V finden sich nämlich unzählige Bestimmungen des Leistungs- und des Leistungserbringungsrechts, die sich explizit nur auf Fachärzte beziehen (nur beispielhaft: §§ 11 Abs. 4, 27b Abs. 2 S. 2 Nr. 1, 75 Abs. 1a S. 4, 75a Abs. 4 S. 2 Nr. , 87 Abs. 2a S. 1 SGB V). § 73b SGB V enthält zudem mit hausarztzentrierten Versorgung nur Bestimmungen über Haus- und nicht auch über Fachärzte. Aus alledem kann man im Umkehrschluss folgern, dass alle Bestimmungen, die sich nicht nur entweder auf Fach- oder nur auf Hausärzte beziehen, sondern allgemein Vertragsärzte adressieren, stets auf Fach- wie auf Hausärzte anwendbar sind.

Nach § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E sollen hingegen nur bestimmte Fachärzte die Verordnung ausstellen können. Diese Beschränkung auf Fachärzte ist rechtswidrig, denn die Ermächtigungsgrundlage

beschränkt den Kreis der verordnungsberechtigten Vertragsärzte gerade nicht auf Fachärzte. Vertragsärzte i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 4 und S. 8 Nr. 4 SGB V sind daher grundsätzlich auch Hausärzte, wenn sie hinreichend qualifiziert sind. Dem G-BA obliegt es insoweit nur, die Anforderungen an die hinreichende Qualifikation sowohl der Fach- als auch der Hausärzte näher zu konkretisieren; er darf aber nicht an den Status des Arztes anknüpfen, weil das die gesetzliche Vorgabe aushöhlen würde, dass es auch qualifizierte Hausärzte geben kann, die außerklinische Intensivpflege verordnen können.

§ 4 Abs. 1 S. 2 RL-E wäre daher, sollte er so beschlossen werden, rechtswidrig.

c) Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege durch die Krankenkassen, § 8 Abs. 1 und 2 RL-E

Gemäß § 8 Abs. 1 RL-E bedürfen die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst nach § 8 Abs. 2 RL-E im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. Werden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt über die Gründe zu informieren.

aa) Beantragung und Genehmigung von veranlassten Leistungen

Die rechtsdogmatische Einordnung des Genehmigungserfordernisses setzt zunächst eine allgemeine sozialverfahrensrechtliche Vorklärung voraus.

Gemäß § 19 S. 1 SGB IV werden Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, nach dem Recht der Arbeitsförderung sowie in der sozialen Pflegeversicherung auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt. Ein gestellter Antrag verpflichtet den Leistungsträger (also die Krankenkasse) aber nur, ein Verwaltungsverfahren einzuleiten, also die Voraussetzungen für die beantragte Leistung zu prüfen und auf dieser Grundlage einen Verwaltungsakt zu erlassen. Der Antrag ist aber nicht im materiell-rechtlichen Sinne anspruchsbegründend, wenn das nicht, wie etwa im Rentenversicherungsrecht in § 99 SGB VI, explizit normiert ist.⁵⁴ Der materielle krankenversicherungsrechtliche Leistungsanspruch besteht also unabhängig von einem An-

⁵⁴ S. etwa *Stäbler*, in Krauskopf (Begr.), Soziale Krankenversicherung. Pflegeversicherung, § 19 SGB IV [2019] Rn. 6f.

trag des Versicherten. Dementsprechend können auch die meisten veranlassten Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden, ohne dass ein Antrag des Versicherten gestellt werden muss.

Erforderlich ist ein Antrag stets dort, wo die Inanspruchnahme der Leistung eine Genehmigung der Krankenkasse voraussetzt. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können aber, wie die vorstehend zitierte Entscheidung des Bundessozialgerichts zu § 60 Abs. 1 S. 4 SGB V zeigt,⁵⁵ grundsätzlich genehmigungsfrei in Anspruch genommen werden. Es bedarf daher einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung, wenn eine Leistung erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden darf. Das geschieht eher selten, so etwa bei den in den §§ 27a Abs. 3 S. 2, 31 Abs. 6 S. 2, 60 Abs. 1 S. 4 SGB V genannten Leistungen. Ferner gibt es, wie in § 33a Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V, Leistungen, die entweder aufgrund einer ärztlichen Verordnung oder einer Genehmigung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden dürfen. Bisweilen wird auch der G-BA gesetzlich ermächtigt, darüber zu entscheiden, ob es einer Genehmigung bedarf, so etwa im Falle des § 32 Abs. 1a S. 2 SGB V. Die Genehmigung stellt einen Verwaltungsakt im Sinne von § 31 S. 1 SGB X dar.

bb) Gesetzliches oder gesetzlich ermöglichtes Genehmigungserfordernis bei der außerklinischen Intensivpflege?

Die Regelung über die Notwendigkeit einer Genehmigung in § 8 Abs. 1 RL-E wäre daher nur rechtmäßig, wenn entweder § 37c SGB V selbst ein Genehmigungserfordernis enthalten würde oder er den G-BA dazu ermächtigt, ein solches vorzusehen. Das ist aber nicht der Fall:

(1) Zielvereinbarung bzw. Feststellung durch die Krankenkasse, § 37c Abs. 2 S. 3-8 SGB V

Die gesetzlichen Zuständigkeiten der Krankenkasse im Vorfeld der Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege ergeben sich aus § 37c Abs. 2 S. 3-8 SGB V.

Gemäß § 37c Abs. 2 S. 4 SGB V schließt die Krankenkasse eine Zielvereinbarung mit dem Versicherten über Nachbesserungsmaßnahmen am Ort der Leistung im Sinne von § 37c Abs. 2 S. 3 SGB V ab. § 37c Abs. 2 S. 4 SGB V setzt allerdings voraus, dass eine Nachbesserung überhaupt erforderlich ist. § 8 Abs. 1 RL-E sieht hingegen regelhaft eine Genehmigung der Krankenkassen vor und wäre daher von dieser Vorschrift nicht gedeckt.

⁵⁵ S. oben 2. b) bb) (1).

Allerdings trifft die Krankenkasse nach § 37c Abs. 1 S. 6 SGB V auch die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 sowie Abs. 2 S. 1-3 SGB V erfüllt sind; diese Entscheidung trifft sie nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen (§ 37c Abs. 2 S. 7 SGB V). Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 sowie Abs. 2 S. 1-3 SGB V nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung im Sinne von § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V zu einem früheren Zeitpunkt durchführen (§ 37c Abs. 2 S. 8 SGB V). S. 9 der Vorschrift regelt schließlich die Rechtsfolgen für den Fall, dass der Wohnungsinhaber dem Medizinischen Dienst den Zugang zur Wohnung verwehrt.

Die rechtsdogmatische Einordnung der Feststellungsbefugnis der Krankenkasse ist unklar. Dem Wortlaut lässt sich kein Genehmigungserfordernis entnehmen. Hätte der Gesetzgeber eine solche vorsehen wollen, wäre es ein Leichtes gewesen, dies analog zu den erwähnten leistungsrechtlichen Vorschriften zu tun. Im systematischen Umkehrschluss lässt sich daraus folgern, dass hier gerade kein Genehmigungsvorbehalt gelten soll. Die Gesetzesmaterialien sind zwar nicht sonderlich ergiebig, weisen aber gerade deshalb ebenfalls in diese Richtung. Im Referentenentwurf⁵⁶ war ein Genehmigungserfordernis noch gar nicht vorgesehen. Die spätere Begründung des Gesetzentwurfes ist dann zwar sehr ausführlich. Aber sie beschränkt sich weitgehend auf Aussagen zum Verhältnis zwischen der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst und zu dessen Befugnissen bei der Qualitäts- und Abrechnungsprüfung. Der rechtliche Status des Versicherten wird demgegenüber nur insoweit adressiert, als darauf hingewiesen wird, dass es sich bei den Betretungsbefugnissen der Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes um Eingriffe in das Wohnungsgrundrecht (Art. 13 Abs. 1 GG) handelt.⁵⁷

Daraus lässt sich ableiten, dass § 37c Abs. 2 S. 6-8 SGB V nur das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Medizinischem Dienst und zwischen Medizinischem Dienst und Versicherten regelt, soweit es um die grundrechtlich relevanten Betretungsbefugnisse geht. Hingegen wird das Rechtsverhältnis zwischen der Krankenkasse und dem Versicherten in der Gesetzesbegründung nicht näher behandelt. Insbesondere wird nicht geregelt, was die Krankenkasse tun muss, wenn sie feststellt, dass die Voraussetzungen des Absatzes 1 und von Absatz 2 Satz 1-3 erfüllt oder nicht erfüllt sind.

⁵⁶ Zu diesem oben a).

⁵⁷ BT-Drucks. 19/19368, 28 ff.

Die Frage ist im Schrifttum bislang nur von *Christiane Padé* diskutiert worden. Sie kommt zu folgendem überzeugenden Schluss, der sich im Ergebnis mit der hier präferierten Auslegung deckt:

„Nach dem Konzept des Absatzes 2 Sätze 6 und 7 wirkt die **Feststellung auf Dauer**, muss aber mindestens einmal jährlich überprüft werden. Auch wenn der Wortlaut etwas unklar bleibt, ist damit wohl nicht gemeint, dass die Krankenkasse einen feststellenden Bescheid zu den Leistungsvoraussetzungen erlassen soll. Aus dem in § 37c Abs. 2 Satz 7 SGB V geregelten Erfordernis der jährlichen Überprüfung ist nicht zu schließen, dass der Gesetzgeber feststellende Verwaltungsakte und damit auch dafür die Geltung der §§ 44 ff. SGB X regeln wollte. Vielmehr ist die Feststellung als zunächst **verwaltungsinterner Vorgang** zu sehen, auf dessen Grundlage die Krankenkasse über das weitere Vorgehen (Ablehnung, Beratung, Nachbesserung, Bewilligung) entscheidet.“⁵⁸

§ 37c Abs. 2 S. 6 SGB V eröffnet der Krankenkasse also die Möglichkeit, die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen. Das ist allerdings eine Selbstverständlichkeit. Die Krankenkasse führt das Bundesgesetz nach Art. 83, 84 GG als Landes- bzw. bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen nach Art. 87 Abs. 2 GG als Bundesbehörde aus und muss damit wie jede Behörde prüfen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch vorliegen. Dass diese Selbstverständlichkeit gleichwohl geregelt wird, ergibt sich aus dem Anliegen des Gesetzgebers, die Krankenkasse zu verpflichten, den Medizinischen Dienst einzuschalten und sie an dessen fachliche Entscheidung zu binden. Stellt die Krankenkasse dann fest, dass einzelne Leistungsvoraussetzungen nicht oder zum Teil nicht vorliegen, so muss sie schon aufgrund von § 31 SGB I die Leistung ablehnen.

Dieses Prüfungs- und Feststellungsrecht der Krankenkasse ist aber kategorial etwas anderes als eine Genehmigung, denn es ist anders als diese keine eigenständige Voraussetzung des Leistungsanspruchs. Der Leistungsanspruch besteht also nicht erst, wenn die Krankenkasse sein Bestehen festgestellt hat, sondern schlicht dann, wenn die materiellen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Der Versicherte, in dessen Person die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, muss also auch nicht auf eine Genehmigung oder den Ablauf der Genehmigungsfristen nach § 13 Abs. 3a S. 1-4 SGB V warten, um einen Leistungsanspruch zu haben.

Das Genehmigungserfordernis in § 8 Abs. 1 RL-E ist daher durch § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V nicht gedeckt. Man darf vermuten, dass es die Verfasser des Richtlinienentwurfs aus der entsprechende Regelung in § 6 Abs. 1 der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die

⁵⁸ *Padé*, in: Engelmann/Schlegel (Hrsg.), *Juris-PK SGB V*, § 37c [2021] Rn. 31.

Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)“ übernommen hat, wo es aber mangels gesetzlicher Regelung in § 37 SGB V ebenso rechtswidrig ist.

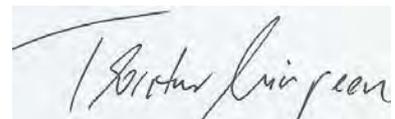
(2) Konkretisierungsbefugnis des G-BA

Die Ermächtigung zur Regelung eines Genehmigungserfordernisses kann sich nicht nur daraus ergeben, dass eine Genehmigung parlamentsgesetzlich vorgesehen ist, sondern (wie das namentlich in § 32 Abs. 1 a S. 2 SGB V geschehen ist) auch aus der allgemeinen Befugnisnorm zum Erlass von konkretisierenden Richtlinien, hier also aus § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V. Dieser ist zwar vergleichsweise wortreich, enthält aber keine Hinweise darauf, dass der G-BA auch ein allgemeinen präventives Genehmigungserfordernis regeln dürfte.

cc) Fazit zum Genehmigungserfordernis

Der G-BA darf den Leistungsanspruch des Versicherten nur von einer Genehmigung der Krankenkasse abhängig machen, wenn er dazu explizit gesetzlich ermächtigt wird. Eine solche gesetzliche Regelung fehlt beim Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V. Daher wäre § 8 Abs. 1 RL-E, sollte er so beschlossen werden, rechtswidrig.

Regensburg, 16.04.2021



Prof. Dr. Thorsten Kingreen

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.

		Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	
		21. Juli 2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL		Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.
§ 1 Grundlagen			
§ 1	Absatz 1	<p>Streichung von Satz 3 letzter Halbsatz.</p> <p>Vorschlag:</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</p>	<p>Die Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege an bestimmte Qualifikationen ist an dieser Stelle in mehrfacher Hinsicht nicht sachgerecht. Zum einen bestehen bereits erhebliche systematische Bedenken, da eine Definition der medizinischen Behandlungspflege in ihrer grundsätzlichen Ausformung in der HKP-Richtlinie zu verorten ist. Im Rahmen der AKI-Richtlinie ist dagegen lediglich eine entsprechende Abgrenzung durch</p>

üblicherweise an Pflegefachkräfte [PatV-zusätzlich: /Pflegekräfte] delegiert werden können.

Definition des besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege gesetzlich legitimiert und notwendig, die deutlich den potentiellen Personenkreis an Anspruchsberechtigten und intensivpflegerischen Indikationen erkennen lässt, ohne dabei den Eindruck zu vermitteln, dass im Fokus der außerklinischen Intensivpflege die Versorgung von beatmungspflichtigen Patienten steht. Diesen Auftrag erfüllt die Richtlinie nur bedingt. Weder wird der Personenkreis für die Indikation der außerklinischen Intensivpflege ausreichend deutlich, im Mittelpunkt stehen ausschließlich die beatmungspflichtigen Patienten, noch wird die Leistung der Intensivpflege von der häuslichen Krankenpflege erkennbar abgegrenzt. Zum anderen entzieht sich die Frage der Qualifikation der durchführenden Leistungserbringer der Zuständigkeit der AKI-Richtlinie. Regelungen zu den Qualifikationsanforderungen der nichtärztlichen Leistungserbringer treffen die Vertreter der Selbstverwaltung im Rahmen der Rahmenempfehlungen nach § 132 I Abs. 1 SGB V. Wesentlich an dieser Stelle ist klarzustellen, dass es um die qualifikationsgerechte Durchführung der außerklinischen Intensivpflege geht, nicht um die Qualifikation der Leistungserbringer an sich.

§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte	
			<p>Vorschlag:</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 üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegerkräfte delegiert werden können.</p>	<p>Dem Vorschlag der PatV wird zugestimmt, soweit der G-BA nicht von der Delegationsregelung absieht (siehe oben). Diese Klarstellung ist dann zwingend notwendig, da die Definition der medizinischen Behandlungspflege an dieser Stelle auch Auswirkungen auf den Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) hat. Dort stellt die Leistungserbringung durch Pflegekräfte keine Ausnahme dar. Die Ergänzung ist deshalb zur Klarstellung wesentlich.</p> <p>Grundsätzlich wird noch einmal deutlich klargestellt, dass die Frage der Qualifikation der nichtärztlichen Leistungserbringer von den Rahmenempfehlungspartner nach § 132 I Abs. 1 SGB V zu beantworten ist und nicht Regelungsgegenstand der AKI-Richtlinie sein kann.</p>
§ 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.	
			<p>Satz 5 und Satz 6 sind zu streichen.</p>	<p>Es gibt kein Regelungsbedürfnis hierüber an dieser Stelle. Wie bereits zu § 1 Abs. 1 Satz 3 angedeutet, ist es nicht Aufgabe des G-BA Feststellungen zur Geeignetheit der durchführenden Leistungserbringer im Rahmen</p>

				<p>der außerklinischen Intensivpflege zu treffen. Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens klargestellt, dass alle Fragen rund um die Qualifikation der nichtärztlichen Leistungserbringer, die nach § 132 I Abs. 5 SGB V die außerklinische Intensivpflege durchführen, von den Rahmenempfehlungspartnern nach § 132 I Abs. 1 SGB V zu beantworten sind. Daran ändert auch der Hinweis nach Satz 6 nichts, da dem G-BA die Regelungskompetenz hierfür gänzlich entzogen wurde und die Rahmenempfehlungspartner nicht nur das Nähere zu den Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer nach § 132 I SGB V zu regeln haben. Regelungen im Rahmen der AKI-Richtlinie, die darin eingreifen sind offensichtlich rechtswidrig und bedürften einer aufsichtsrechtlichen Korrektur.</p>
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3	Satz 1 ist zu streichen.		<p>Auf Grundlage der Definition zur außerklinischen Intensivpflege (AKI) nach Abs. 1 S. 1 und 2 bedingt die AKI einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dieser wird nur dann angenommen, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum erforderlich ist. Soweit also die AKI die Interventionsbereit-</p>

			schaft einer weiteren Person tatbestandlich erfordert, kann die AKI nicht durch den Versicherten selbst durchgeführt werden.
§ 1	Absatz 4	<p>(4) Die außerklinische Intensivpflege kann an folgenden Orten erbracht werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 § 132l 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 oder sonstigen Bildungseinrichtungen, in Kindertagestätten und in Werkstätten für behinderte Menschen. 	

§ 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>Satz 4 ist zu streichen.</p>	<p>Die Bezugnahme bleibt unklar und birgt Rechtsunsicherheiten, worauf sich „auch“ eine Versorgung hier konkret beziehen soll. Die Regelung lehnt sich an die entsprechende Bestimmung aus der HKP-Richtlinie an, die der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG seinerzeit erheblich erweitert hat, um Lücken im Zwischenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung zu vermeiden. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege liefe allerdings ins Leere, wenn die gesetzgeberische Öffnung des Haushaltsbegriffes durch überbordende Voraussetzungen unterminiert würde.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	

§ 1	Absatz 6					
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>			
			Abs. 8 ist zu streichen.	Abs. 8 ist überflüssig, da sich der Regelungsgehalt nach Satz 2 bereits aus dem Gesetz ergibt und Satz 1 Regelungsgegenstand der Rahmenempfehlungen nach § 132 I Abs. 1 SGB V ist (siehe oben).		
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine</p>	<p>DKG</p> <p>Diesem Vorschlag ist der Vorzug zu geben. Er ist in</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p> <p>Dieser Vorschlag wird abgelehnt, weil er impliziert, dass stets eine</p>

			<p>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>weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>seiner Verständlichkeit klarer und eindeutiger.</p>	<p>Dekanülierung und Entwöhnung von der invasiven Beatmung ausgegangen werden kann.</p>
§ 2	Absatz 4		<p>Abs. 4 letzter Halbsatz ist zu präzisieren.</p>		<p>Es ist nicht erkennbar, welcher Einrichtungstyp mit „spezialisierte stationäre Einrichtung“ genau gemeint ist. Es wäre klarzustellen, ob hiermit ausschließlich Krankenhäuser und/oder Reha-Einrichtungen oder auch Einrichtung der Langzeitpflege gemeint sind.</p> <p>Darüber hinaus bleibt offen, wie die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt zu</p>	

			verfahren hat, wenn es keine Kapazitäten an spezialisierten stationären Einrichtungen gibt.
§ 2	Absatz 5	<p>Abs. 5 ist wie folgt anzupassen:</p> <p>„Besteht bei Versicherten keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zugrunde liegenden Funktionsstörung, ist die Zielsetzung die Therapieoptimierung und damit die Besserung der Lebensqualität.“</p>	<p>Die einseitige Fokussierung auf beatmete oder trachealkanülierte Versicherte zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten Richtlinienentwurf. Die sehr einseitige Ausrichtung des Richtlinienentwurfes bezogen auf die Anforderungen und Bedingungen einer außerklinischen Intensivpflege im Bereich der Beatmung zeugen sehr unmissverständlich davon, dass die Richtlinie im Wesentlichen ausschließlich auf einen sehr eingeschränkten Kreis von Versicherten zugeschnitten wird. Für alle übrigen Versicherten mit potentiell intensivpflegebedarft ist der Regelungsgehalt der Richtlinie nicht nur an dieser Stelle, sondern im gesamten Entwurf weder klar noch eindeutig geregelt. Unklar bleibt, wann und wie bei der Krankenhausentlassung von nicht beatmeten Patienten zu verfahren ist, welches Prozedere gilt.</p> <p>An Abs. 5 wird exemplarisch, dass eine Reihe von Patientengruppen hier völlig außer Acht gelassen werden. Insbesondere in der intensivpflegerischen Kinderversorgung bei anhaltenden Krampf- und Anfallsleiden ist die Besserung der Lebensqualität oberstes Versorgungsziel. Deshalb darf diese Zielsetzung nicht beschränkt werden auf beatmete Versicherte.</p>

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

§ 3		Absatz 1						
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können und daher</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--	--

			Ist zu streichen.	Ist zu streichen.	<p>Wird teilweise zugestimmt.</p> <p>Der letzte Halbsatz ist zu streichen</p>	<p>Soweit auch hier eine Verordnungsermächtigung auf Fälle lebensgefährdender Veränderungen beschränkt wird, ergibt sich die gleiche Kritik wie zum Formulierungsvorschlag GKV-SV, KBV.</p>	<p>Die Einschränkung der Zulässigkeit einer Verordnung auf außerklinische Intensivpflege wegen lebensbedrohlicher Störung von Vitalfunktionen ist absolut inakzeptabel und schließt eine Reihe von Indikationen für eine außerklinische Intensivpflege von vornherein aus. Dafür gibt es keine nachhaltige medizinisch-fachliche Begründung. Die Einschränkung ist weder vom</p>	<p>Die Notwendigkeit einer mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlichen ärztlichen oder pflegerischen Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen ist bislang nach der HKP-Richtlinie kein Erfordernis für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege (spezieller Krankenbeobachtung). Es fehlt hier jeder wissenschaftliche Beleg für eine derartige Erweiterung, zumal auch die Gesetzesmaterialien zu</p>
--	--	--	-------------------	-------------------	---	---	--	---

							Gesetzeswortlaut des Paragraphen 37 C Abs. 1 SGB V noch von § 1 des Richtlinienentwurfes gedeckt.	§ 37 c Abs. 1 SGB V das offensichtlich nicht für erforderlich halten.
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	<p>GKV-SV, KBV Den Leistungsanspruch zu verweigern, wenn Versicherte ein "unmittelbar bestehendes Potential" einer Entwöhnung haben, ohne zu definieren, wann diese Voraussetzung fachlich gegeben ist, ist mangels Bestimmtheit der Regelung rechtswidrig, da die Rechtsfolge ein Leistungsausschluss bedeutet.</p>	<p>PatV</p>		

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
			<p>Der Vorschlag ist zu streichen.</p>	<p>Dem Vorschlag wird zugestimmt.</p>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3		Satz 1	<p>PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</p>			

	Abs. 4 bzw. 5		Der Zusatz ist mit aufzunehmen.		Vor dem Hintergrund der knappen Zeit- und Humanressourcen, kann in geeigneten Fällen für die Praxis hilfreich sein.	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6		Dem Zusatz des PatV zu Satz 1 (mit Ausnahme der Fälle nach den Sätzen 10 und 11) wird zugestimmt.		Folgeänderung zu Abs. 5 bzw. 6 -Satz 10 und 11 (siehe unten).	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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. Satz 4 und 5 sollten in Anlehnung an § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V auf zwölf Monate erstreckt werden.		Die Verordnung an eine Entwöhnungserhebung zu binden, die nicht älter als drei Monate ist, dürfte bei den bestehenden Facharztkapazitäten zu erheblichen Schwierigkeiten in der Versorgung führen. Gleiches gilt für die halbjährliche Überprüfung des Entwöhnungspotentials. Damit eine notwendige Verordnung nicht an dieser eng bemessenen Frist scheitert, sollte diese an die Jahresfrist nach § 37c Abs.2 S.7 SGB V gebunden werden.	
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Dem Zusatz wird zugestimmt.		Bereits mit der gesetzlichen Regelung nach § 37 c Abs. 1 SGB V ergibt sich aus dem gesetzlichen Arbeitsauftrag an den G-BA die besondere Berücksichtigung der Belange von Kindern und Jugendlichen mit intensivpflegerischem Bedarf. Der besonderen Schutzwürdigkeit dieser Personengruppe ist durch eine entsprechende Regelungstiefe unter Berücksichtigung der speziellen Anforderungen Nachdruck zu verleihen. Dem kommt der Vorschlag der PatV nach, insbesondere berücksichtigt er die hohen Belastungen, denen die Betroffenen Minderjährigen ausgesetzt sind und die es auf ein notwendiges Maß zu minimieren gilt.	
§ 3	Absatz 6 bzw. 7		Es sollte bei der Befunderhebung zwischen Erst- und Folgeverordnung unterschieden werden.		Es ist zu bedenken, dass nicht alle Ärzte (insbesondere Hausärzte) eine Erhebung im geforderten Umfang durchführen können. Vor allem die Befunde nach Nr. 3 bis 5 bedürfen einer speziellen technischen Ausstattung. Selbst Hausärzte, die nach § 4 Abs. 1 S. 3 zur Verordnung berechtigt wären, sind damit faktisch von der Versorgung ausgeschlossen.	
§ 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			

			Streichen.		Ist nicht Aufgabe des Arztes im Rahmen des medizinischen Versorgungsauftrages.	
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			Streichen.		Ist nicht Aufgabe des Arztes im Rahmen des medizinischen Versorgungsauftrages.	
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Streichen.		Es wird nicht erklärt und ist nicht Gegenstand der Richtlinie, auf welchen wissenschaftlichen Grundlagen eine solche Erhebung durchgeführt werden kann. Hier stellt sich die Frage, auf welcher Basis ein Mediziner qualifiziert ist, diese Daten nach welchen Methoden und mit welcher Zielsetzung zu erheben.	
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
				Streichen.		Ist völlig unbestimmt.
§ 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
			wird zugestimmt	streichen		
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			wird zugestimmt	streichen		

			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität			
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Der Zusatz ist zu streichen.		Es fehlen die wissenschaftlichen Grundlagen für eine solche Erhebung.	
			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	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			<p>Dem Vorschlag ist der Vorzug zu geben.</p>	<p>Der Vorschlag wird grundsätzlich abgelehnt. Sollte er dennoch Berücksichtigung finden müsste er wie folgt erweitert werden:</p> <p>c) pädiatrische Intensivmedizin</p>	<p>Unter Berücksichtigung der besonderen Schutzwürdigkeit von Kindern und Jugendlichen muss die uneingeschränkte Sicherstellung der Versorgung oberste Priorität haben. Jedem betroffenen Kind und Jugendlichen muss die Möglichkeit einer unverzüglichen medizinischen Behandlung eingeräumt werden. Der Vorschlag des GKV-SV gefährdet die Sicherstellung der Versorgung, da es flächendeckend nicht ausreichend Mediziner mit den</p>	<p>Der Schutz von intensivmedizinisch zu versorgenden Kindern und Jugendlichen ist ein besonderes Anliegen des Gesetzgebers. Es sollten daher alle in diesem Bereich medizinisch relevanten Facharztgruppen die Möglichkeit einer Verordnung zur außerklinischen Intensivpflege haben. Auch pädiatrische Intensivmediziner sind zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege für beatmete oder trachealkanülierte</p>

					vorgeschlagenen zusätzlichen Qualifikationen gibt.	Versicherte in dieser Altersgruppe qualifiziert.
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Dem Zusatz wird zugestimmt.		Diese Facharztgruppe ist mit zu berücksichtigen, da sie für die oben aufgeführte Versichertengruppe die entsprechende formale Qualifikation besitzt.	
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ul style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ul style="list-style-type: none"> 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen. 		
			Dem Vorschlag wird zugestimmt.		Hausärzte mit jahrelanger fachlicher Erfahrung haben die entsprechende materielle Qualifikation.	
§ 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.			
			Satz 5 ist zu streichen.	Die Regelung ist zu unbestimmt, da nicht klar wird, auf welche Weise und unter welchen Bedingungen ein entsprechender Antrag nachzuweisen ist.		
§ 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>	
			<p>Dem Zusatz wird zugestimmt und am Ende ergänzt: „und pädiatrische Intensivmedizin“.</p>	
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	<p>Satz 1 wird wie folgt ergänzt: „ ..., erfolgt die Erstverordnung durch auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte.“</p>	<p>Es ist heute bereits in der Praxis üblich, dass Fachärzte zunächst die Erstversorgung sicherstellen und die Weiterbehandlung durch Hausärzte übernommen wird. Eine Versorgung, die ausschließlich auf Fachärzte abzielt, ist von deren flächendeckender Präsenz abhängig, gegenwärtig ist diese nicht gegeben und würde folglich im höchsten Maße die Sicherstellung gefährden.</p>
§ 4		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>	

	Abs. 2 bzw. 3		Dem Zusatz wird zugestimmt.	Die Hürden einer Verordnung durch Hausärzte sind auf Grundlage dieser Richtlinie erheblich. Insbesondere in den meisten ländlichen Regionen kann bis dato die Versorgung der betroffenen Patientenklientel überhaupt nur durch Hausärzte sichergestellt werden. Es ist daher zwingend erforderlich, um den Sicherstellungsauftrag für diese extrem vulnerable Patientengruppe ohne zeitlichen Verzug sicherstellen zu können, Hausärzte in die Versorgung mit einzubeziehen. Dazu sind die Voraussetzungen zur Durchführung von telemedizinischen Konzilen und deren Abrechnung herzustellen, um Fachärzten und Hausärzten die telemedizinischen Konzile und eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen.	
§ 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,		
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der	GKV-SV
					KBV, DKG, PatV

			<p>Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit</p>	<p>prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]</p>		
			<p>Der Vorschlag wird abgelehnt.</p>	<p>Dem Vorschlag wird zugestimmt.</p>	<p>Auch hier fehlt jede Empirie für die Forderung des GKV-SV, dass eine Mindesttätigkeitsdauer von drei Jahren notwendig ist, um eine Potentialerhebung verlässlich durchführen zu können.</p>	<p>Es wird an dieser Stelle nochmals betont, dass die äußerst angespannte Fachkraftsituation eine durchgehende Sicherstellung der Versorgung erheblich gefährdet. Eine 18-monatige Erfahrung ist auch nach der Expertise der Ärztevertreter geeignet, um den erforderlichen Wissensstand zur Erhebung eines Entwöhnungspotentials abzubilden.</p>
			<p>PatV zusätzlich: ,</p> <p>b. in der neurologischen Frühreha Phase B,</p>			

			<p>c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum, d. in einem neuromuskulären Zentrum oder e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>			
			Dem Zusatz wird zugestimmt.		Auch hier geht es darum, eine flächendeckende, patientennahe Versorgung sicherzustellen.	
§ 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</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</p>	PatV, GKV-SV	KBV

			jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	Bundesvereinigung veröffentlicht.		
			Dem Vorschlag wird zugestimmt.		Dieser Vorschlag ist klarer und eindeutiger formuliert und kommt dem notwendigen Patientenschutz stärker entgegen.	
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1		Satz 4 Nr. 12 ist zu streichen.		Es ist nicht Aufgabe des Vertragsarztes Feststellungen zum geeigneten Leistungsort zu machen. Dies obliegt allein der Entscheidung des Versicherten.	
§ 5	Abs. 1	Satz 3	GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.			

			Der Zusatz ist abzulehnen.	Dies gehört ganz grundsätzlich nicht zu den Aufgaben des Vertragsarztes. Bereits aus der Parallelwertung zur HKP-Richtlinie sollte die unterschiedliche Aufgabenzuweisung erkennbar sein. § 6 Abs. 1 der HKP-Richtlinie stellt klar, dass die Übermittlung der Verordnung an die zuständige Krankenkasse Aufgabe des Versicherten ist. Das ist auch folgerichtig, weil der Versicherte mit der Verordnung die von ihm begehrten Leistungen bei seiner Krankenkasse beantragt und gilt im Übrigen bereits zwischen den Parteien des G-BA. Allein der Versicherte ist zur Antragstellung berechtigt und disponiert darüber, ob und welche Leistung er in Anspruch nehmen möchte. Grundlage dafür ist die Verordnung des Arztes.
§ 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		Satz 2 ist zu streichen.	Die Feststellung von Therapiezielen ist natürlich eine grundlegende Anforderung jeden ärztlichen Handelns. Die in Satz 2 formulierten Erfordernisse sind bezogen auf die betroffene Klientel und in Ansehung der besonderen Situation überladen und vollkommen lebensfremd.

§ 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,	
			Der Zusatz ist zu streichen.	Nach den umfangreichen Angaben aus der Verordnung erschließt sich die Sinnhaftigkeit eines zusätzlichen Behandlungsplanes nicht, der dem Grunde nach die Angaben der Verordnung lediglich wiederholt. Die laut Richtlinienentwurf geforderten Angaben auf der Verordnung sind für die Beurteilung im Genehmigungsverfahren erschöpfend. Die Implementierung eines Behandlungsplanes generiert lediglich zusätzlichen Bürokratieaufwand ohne eigenständigen Mehrwert.
§ 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		Satz 2 wird wie folgt angepasst: „..., soll die Erstverordnung in der ambulanten Versorgung einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten.“		Für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege ist die Laufzeit der Erstverordnung von fünf Wochen zu kurz bemessen. Für jene Versicherte, die ohne Entwöhnungspotenzial in die Langzeitbeatmung müssen bzw. aufgrund anderer schwerer Erkrankungen intensivpflegerische Versorgung benötigen, macht es medizinisch keinen Sinn die Laufzeit auf fünf Wochen zu beschränken.	
§ 6	Absatz 2		Satz 1 wird wie folgt angepasst: „Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, in der Regel längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden.“		Mit dieser Formulierung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es eine ganze Reihe von Erkrankungen gibt, die keine Veränderung (Verbesserung) des Gesundheitszustandes versprechen, z.B. ALS. Hier muss es die Möglichkeit geben ausnahmsweise auch über sechs Monate hinaus eine Verordnung auszustellen.	
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV:	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.</p>			
			<p>Dieser Satz wird gestrichen.</p>		<p>Regelungen über den Versorgungsort können nicht Gegenstand dieser Richtlinie sein. Es fehlt dem G-BA jede gesetzliche Ermächtigung hierzu über die im Gesetz hinausgehenden Regelungen weitere Bestimmungen zu erlassen. Es besteht auch kein gesetzlicher Auftrag die bestehenden gesetzlichen Regelungen hierzu durch den G-BA zu konkretisieren. Da Vorschriften hierüber in verfassungsmäßig geschützte Rechte der Versicherten eingreifen bedarf es zur Regelungskompetenz einer</p>	

					gesetzlichen Ermächtigung. Eine solche ist auch nicht in § 37 c Abs. 1 SGB V zu finden. Abgesehen davon liegen auch keine Kenntnisse zum Versorgungsort als Entscheidungsvoraussetzung vor.
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll		
§ 6	Absatz 3		Der Absatz ist zu streichen.	Die Regelung ist völlig unbestimmt und in Anbetracht der Vorgaben der §§ 3 und 5 auch überflüssig.	
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements					
§ 7	Absatz 1		Abs. 1 wird wie folgt angepasst: „ ... für einen Zeitraum von bis zu 28 Tagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.“	Die extrem einschränkenden Vorgaben der Richtlinie nach den §§ 3 bis 5 erzeugen eine Kapazitätseinengung von noch nicht absehbarem Ausmaß. Ergebnis dessen wird die bereits jetzt daraus resultierende fehlende Sicherstellung der Versorgung sein. Die hohen, teilweise überhöhten, Anforderung an die Qualifikation der Krankenhausärzte speziell bei der Entlassung, in der weiteren Folge bei der Begutachtung und schlussendlich der Verordnung und der vorzuhaltenden Versorgungsstruktur,	

				können nur halbwegs adäquat aufgefangen werden, wenn nach der Entlassung aus dem Krankenhaus genügend Zeit bleibt, um eine - den Anforderungen der Richtlinie entsprechende - Anschlussversorgung sicherzustellen. Eine Verordnung unterhalb von vier Wochen nach Krankenhausentlassung gefährdet die Sicherstellung und damit die Gesundheit und das Leben der Versicherten.
§ 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.	
			Der Zusatz ist zu streichen.	Es fehlt die Klarstellung, wie durch das Krankenhaus zu verfahren ist, wenn keine Kapazitäten zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorhanden sind. Soll der Patient dann auf einer Krankenhausstation verbleiben bis er/sie einen der in Deutschland raren Plätze auf einer Weaningstation oder einen Platz in einer entsprechenden Einrichtung bekommt?
§ 7	Absatz 4		Abs. 4 wird wie folgt ergänzt und angepasst: „Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wurde,	Es erklärt sich nicht, warum als aller erstes über die voraussichtliche Therapie die zuständige Krankenkasse noch vor dem Versicherten selbst zu informieren ist. Es

			hat dieses unverzüglich den Versicherten hierüber zu informieren. In Abstimmung mit dem Versicherten nimmt das Krankenhaus Kontakt zur Krankenkasse auf.“		ist ein Selbstverständnis, das vor allen anderen der betroffene Patient zu unterrichten ist, um eine Entscheidung über die weitere Versorgung in Abstimmung mit den ihn behandelnden Ärzten treffen zu können. Erst danach kann der Versicherte darüber entscheiden, inwieweit er/sie unter anderem eine Beratung durch seine/ihre Krankenkasse hinsichtlich der Weiterbehandlung in Anspruch nimmt.	
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Der Zusatz ist zu streichen.	Dem Zusatz wird zugestimmt.		

					<p>erster Linie mit dem Versicherten abgestimmt werden. Denn die Beratung kann allenfalls auf Wunsch des Versicherten erfolgen, weil das Gesetz lediglich einen Beratungsanspruch des Versicherten definiert. Die Prüfung eines Beratungsbedarfs durch die Krankenkasse gehört nicht zum Regelungsgegenstand der Richtlinie.</p>	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 §</p>	<p>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</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>132I Absatz 5 SGB V bestehen.</p> <p>§ 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>		
			Die Zusätze sind zu streichen.	Es erscheint kaum sinnhaft, wenn nach Verständigung zwischen Versichertem und Krankenkasse über bestimmte Leistungserbringer, die Krankenkasse dem Versicherten danach diese Leistungserbringer benennt. Der Regelungszweck dieser Bestimmung bleibt unklar.	Die Auswahl des aufgrund Versorgungsvertrages zugelassenen Leistungserbringers liegt allein beim Versicherten.
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>^{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,</p>		

			stimmen sich die oder der Versicherte, das Krankenhaus sowie die Krankenkasse gemeinsam über das weitere Vorgehen ab.			
			Satz 6 oder 7 ist zu streichen. Zum einen ist es lebensfremd, dass in Abstimmung mit dem Versicherten ein Leistungserbringer gefunden, die Weiterversorgung und der voraussichtliche Entlasstag abgestimmt werden, danach aber mangels Kapazität keine Überleitung stattfindet. Zum anderen gilt auch hier, dass in Bezug auf die Klärung der Möglichkeiten zur Weiterversorgung zunächst das Krankenhaus sich allein mit dem Versicherten ins Benehmen zu setzen hat. Er entscheidet darüber, welchen Leistungserbringer er wählt und ob er in diesem Zusammenhang die Beratung seiner Krankenkasse in Anspruch nimmt.			
§ 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		Satz 2 wird wie folgt angepasst: „..., teilt der Verordnende dem Krankenhaus unaufgefordert die Inhalte und die Dauer der bestehenden Verordnung mit.“		Die Richtlinie richtet sich grundsätzlich an den zur Verordnung ermächtigten Vertragsarzt. Folglich ist er auch derjenige, der hinsichtlich der Inhalte und des Umfangs der Verordnung dem Krankenhaus entsprechende Informationen zu liefern hat.	
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
			Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Der Vorschlag wird abgelehnt.		
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Dem Zusatz wird zugestimmt.			
§ 7	Absatz 6					
§ 7	Absatz 7					
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 8	Absatz 1		Abs. 1 wird ersatzlos gestrichen. / Abs. 1 wird wie folgt gefasst: „Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege können von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragt werden und werden von der Krankenkasse auf Antrag erbracht.“	§ 37c SGB V sieht keine Genehmigungspflicht vor – eine solche ist auch sonst nicht dem Gesetz zu entnehmen. Eine Genehmigung suggeriert ein – tatsächlich nicht vorhandenes – Ermessen der Krankenkassen. § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V konkretisiert lediglich die übliche Befugnis der Krankenkasse, die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm zu prüfen. Eine Genehmigungspflicht wäre also eine gesetzlich nicht vorgesehene Beschränkung der		

		<p>Zudem ist die Überschrift zu ändern in „Beantragung außerklinischer Intensivpflege“ / „Feststellung der Voraussetzungen für außerklinische Intensivpflege“.</p>	<p>Voraussetzungen, unter denen außerklinische Intensivpflege erbracht werden darf. Die Voraussetzungen unter denen ein Versicherter die Kostenübernahme beanspruchen kann, sind für die Intensivpflege-Richtlinie verfassungs- und sozialrechtlich verbindlich vorgegeben und können nicht im Wege der Richtlinien-Entscheidung nachträglich beschränkt werden. Zum Nachweis der entsprechenden BSG-Rechtsprechung verweisen wir auf die Stellungnahme von Prof. Kingreen, die dieser Stellungnahme beigelegt ist.</p> <p>Die Neufassung, die hier vorgeschlagen wird, orientiert sich am Grundsatz des § 19 SGB IV, welcher insoweit (nur) klarstellt, dass Leistungen auf Antrag erbracht werden. Daher sind Überschrift und Wortlaut entsprechend anzupassen.</p>
§ 8	Absatz 2	<p>Abs. 2 wird wie folgt gefasst: „Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. Wird festgestellt, dass die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt sind, hat die Krankenkasse die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt sowie die oder den Versicherten über die Gründe zu informieren.“</p>	<p>Die Änderung ist notwendig, um die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten und wurde daher an § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V angepasst. Dieser stellt klar, dass die Feststellung, ob die Voraussetzungen für die Erbringung außerklinischer Intensivpflege erfüllt sind, durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst (MD) getroffen wird. Die Krankenkasse ist an die fachliche Entscheidung des MD gebunden und kann auf deren Grundlage im Ergebnis abschließend feststellen, ob die</p>

					<p>Leistungsvoraussetzungen ganz oder teilweise vorliegen, um dann den Antrag entsprechend zu bescheiden. Eine Genehmigungsbefugnis der Krankenkasse müsste demnach ausdrücklich gesetzlich vorgesehen sein. § 37 c SGB V fehlt aber eine solche Regelung zum Genehmigungserfordernis.</p> <p>Wie auch zu Abs. 1 bereits ausgeführt, darf der G-BA den Leistungsanspruch des Versicherten nur von einer Genehmigung der Krankenkasse abhängig machen, wenn er dazu explizit gesetzlich ermächtigt wird. Eine solche gesetzliche Regelung der G-BA Ermächtigung ist im Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V ebenfalls nicht gegeben.</p> <p>Es fehlt für die Festsetzung des Genehmigungsvorbehalts folglich in jeder Hinsicht an einer gesetzlichen Legitimation.</p>	
§ 8	Absatz 3		In Satz 1 werden die Worte „Entscheidung über die Genehmigung“ ersetzt durch „Feststellung über die“		Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den beiden vorherigen Absätzen.	
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: Fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			Abs. 3 wird gestrichen.		Es handelt sich um eine Folgeänderung der Abs. 1-3. Im Übrigen gehört es nicht zum Regelungsgegenstand der Richtlinie über Regelungsinhalte zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer nach § 132 I Abs. 5 SGB V zu befinden.	

§ 8	Absatz 4	Abs. 4 wird gestrichen.		Es wird auf die Ausführungen zur Abs. 3 verwiesen.
§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege				
§ 9	Absatz 1			Grundsätzlich wäre auch hier wünschenswert, den Fokus nicht ausschließlich auf die Versorgung von beatmungspflichtigen Patienten zu setzen, sondern um Beispiele zu ergänzen, die insbesondere auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit im Blick hat.
§ 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	Satz 2 oder 3 ist zu streichen.		Dies ist nicht Regelungsgegenstand der AKI-Richtlinie. Die personellen Anforderungen sind nach § 132 I Abs. 2 SGB V durch die Rahmenempfehlungspartner zu regeln.
§ 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.	
			Der Zusatz ist zu streichen.	Die notwendigen Anforderungen sind mit Satz 1 hinreichend beschrieben und abgedeckt.
§ 9	Absatz 3			

§ 9	Absatz 4					
§ 9	Absatz 5		Abs. 5 ist zu streichen.		Dies ist nicht Regelungsgegenstand der AKI-Richtlinie. Die personellen Anforderungen sind nach § 132 I Abs. 2 SGB V durch die Rahmenempfehlungspartner zu regeln.	
§ 9	Abs. 5	Satz 1	PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern			
			Der Zusatz ist zu streichen.		Siehe Ausführungen zu Abs. 5.	
§ 9	Absatz 6		Abs. 6 ist zu streichen.		Dies ist nicht Regelungsgegenstand der AKI-Richtlinie. Die personellen Anforderungen sind nach § 132 I Abs. 2 SGB V durch die Rahmenempfehlungspartner zu regeln.	
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>einzu beziehen und deren Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>	<p>Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem 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>		
			Zusätze sind zu streichen.		Siehe Ausführungen zu Abs. 6.	
§ 9	Absatz 7	<p>Satz 1 ist wie folgt anzupassen: „Liegt der Bedarf für außerklinische Intensivpflege gemäß § 3 Abs. 1 nicht mehr vor, endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in der ambulanten Versorgung.“ Satz 2 ist zu streichen.</p>		<p>Ein automatischer Verlust des Leistungsanspruches auf außerklinische Intensivpflege bei fehlendem Bedarf verstößt zumindest im Rahmen der vollstationären Versorgung gegen die Regelung in § 37 c Abs. 3 Satz 2 SGB V. Ob ein entsprechender Bedarf gegeben ist oder nicht liegt allein in der Entscheidungsbefugnis des verordnenden Vertragsarztes. Eine entsprechende Beurteilung steht dem Pflegepersonal nicht zu. Unabhängig davon bestehen ausreichend Informationspflichten nach § 10 Abs. 3 bzw. 4 der Richtlinie.</p>		

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

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

	Abs. 1 bzw. 2		Abs. 1 bzw. 2 ist zu streichen.		Dies ist nicht Regelungsgegenstand der AKI-Richtlinie. Die personellen Anforderungen sind nach § 132 I Abs. 2 SGB V durch die Rahmenempfehlungspartner zu regeln.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Der Zusatz ist zu streichen.		Siehe Ausführungen zu Abs. 1 bzw. 2.	
§ 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
			Der Zusatz ist zu streichen.		Siehe Ausführungen zu Abs. 1 bzw. 2.	
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Der Zusatz ist zu streichen.		Siehe Ausführungen zur Abs. 1 bzw. 2.	
§ 10	Absatz 2 bzw. 3					
§ 10	Absatz 3 bzw. 4		Abs. 3 bzw. 4 ist zu streichen.		Dies ist nicht Regelungsgegenstand der AKI-Richtlinie. Die personellen Anforderungen sind nach § 132 I Abs. 2 SGB V durch die Rahmenempfehlungspartner zu regeln.	
§ 10	Absatz 4 bzw. 5		Abs. 4 bzw. 5 bis zu streichen.		Dies ist nicht Regelungsgegenstand der AKI-Richtlinie. Die personellen Anforderungen sind nach § 132 I Abs. 2 SGB V durch die Rahmenempfehlungspartner zu regeln.	

§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt	PatV: ¹ 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	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>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>		
			Die Zusätze sind zu streichen.		Siehe Ausführungen zu Abs. 4 bzw. 5.	
§ 10	Absatz 7 bzw. 8	Satz 2 ist zu streichen.		Grundlage jeder Delegationsleistung des Vertragsarztes ist stets und ausschließlich die Verordnung. Soll ein Leistungserbringer nach § 132 I Abs. 5 SGB V auf ärztliche Weisung tätig werden, muss der Arzt dies auf Grundlage einer Verordnung anordnen.		

§ 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:
			Der Anhang Behandlungsplan ist zu streichen.		Wie oben unter § 5 bereits erörtert, sind die Anforderungen an die Verordnung ausreichend detailliert und umfangreich. Auf die Ausführung zu § 5 Abs. 1 wird verwiesen.	
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige						

Aspekte Ihrer Stellungnahme.

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 Beschlusssentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

			Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)	
			21.07.2021	
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	

§ 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.	
				Dieser Zusatz ist sinnvoll, um die besondere Versorgungsqualität sicherzustellen.
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4			
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass	
			<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). 	Dieser Zusatz ist eine sinnvolle Ergänzung zu den in §1 Absatz 4 Punkt 5 definierten geeigneten Orten

§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
				Diese Änderung ermöglicht, dass Ausnahmen definiert werden können.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
				Für den Übergang eine sinnvolle genauere Definition der möglichen Leistungserbringung
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3			

§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	<p>GKV-SV, KBV, PatV: Die treffendere und präzisere Formulierung. Insbesondere der Zusatz einer optimalen Hinführung zu diesem längerfristigen Ziel ist für diese Patienten entscheidend</p>
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege						

§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können und daher in den</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein</p>	DKG	GKV-SV, KBV	<p>PatV Der Zusatz, dass lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen auftreten können ist durch den Zusatz „ weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.“ bereits ausreichend definiert. Insbesondere die Änderung der Wörter „ist“ und „sein kann“ ist von Relevanz, da die hohe Wahrscheinlichkeit einer täglichen lebensbedrohlicher</p>

§ 3	Absatz 2					
§ 3	Absatz 3					
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	<p>GKV-SV, KBV Diese Definition des Prozederes ist so präziser und damit zielführender.</p>	<p>PatV</p>

			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.	Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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.			
					Sinnvolle Ergänzung, wenn der Zustand der oder des Versicherten durch die laufende Behandlung bekannt ist	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3		Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

	Abs. 5 bzw. 6				Hier ist medizinisch das Potential im Vordergrund zu sehen, da die Möglichkeit im Sinne einer akuten Handlung nur in einer speziellen Weaningeinheit sinnhaft erfolgen sollte	
§ 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.			
				Sehr wichtiger Zusatz um die regelhafte Überprüfung in einem sinnvollen Zeitfenster zu gewährleisten		
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
				Inhaltlich sinnvoller Zusatz, da die berechtigten Ausnahmen noch einmal explizit benannt werden um unnötigen Verwaltungs-/Untersuchungsaufwand zu vermeiden		
§ 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		
						Nicht jeder Parameter kann bei jedem Patienten erhoben werden, somit ist die „Soll-Formulierung“ treffender		
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation					
						Ergibt sich eigentlich aus Punkt 6, kann aber ausgeführt werden		
			DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV		
					Diese Patienten sind eigentlich nicht unter der Gabe von Sedativa, so dass diese Scores hierfür nicht validiert und inhaltlich nicht geeignet sind. Alternativ und zielführender für diese Patienten, wenn genauso nicht validiert, kann ein neurologisches Assessment wie National Institutes of			

					Health Stroke Scale, kurz NIHSS verwendet werden
		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
					Die Perspektive und der therapeutische Plan sollte für diese Patienten im Vordergrund stehen, insofern diese Formulierung zu präferieren
		KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten			
				Dieser Punkt entspricht Punkt 6	
		KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens			
				Dies muss konkreter gefasst werden, welches Assessment ist zu verwenden	

			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
				Hier bedarf es eine konkret zu verwendenden Assessments, dass für diese Patienten verwendet werden kann		
			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).			
					sinnvoll	
§ 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:

					Die Formulierung mit soll ist zielführender, da die individuelle Situation der Patienten sehr unterschiedlich ist und somit einzelne Faktoren entscheidend sein können	
			PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationsscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])	PatV, DKG	KBV, GKV-SV Die konkretere Formulierung hilft ein konkretes und damit vergleichbares Ergebnis zu erzielen
			4. Bzw. 5.		Hier muss ein konkretes Verfahren hinterlegt werden	
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV Adhärenz ist konkreter zu formulieren, insbesondere wie auch Punkt 7

					welches Assessment verwendet werden soll
			7. Bewusstseinsstatus		z.B. NHISS
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität		
				Gehört korrekter Weise in das Schluckassessment	
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität		
				s.o. hierzu bedarf es eines konkret empfohlenen Assessments	
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren		
§ 3	Abs. 8 oder 9	Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.		
				Das sollte eigentlich wie in der Präambel beschrieben Grundlage jeder medizinischen Begutachtung sein	
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte					
§ 4	Absatz 1			Die Qualifikation Zusatzbezeichnung ist für alle Ärzte, unabhängig der Fachrichtung Voraussetzung zur Einschätzung dieser Patienten und darf nicht ein Unterpunkt sein	

§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG Je nach Klientel der Behandler muss insbesondere bei älteren Kindern der Kinder und Jugendarzt nicht verpflichtend in der Beurteilung sein	GKV-SV		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.					
					Ist eine sinnvolle Ergänzung für dieses spezielle Patientenkollektiv			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG:	GKV-SV:	KBV, PatV, DKG	GKV-SV		

			<p>³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		<p>Zur Qualitätssicherung conditio sine qua non</p>
--	--	--	--	---	--	---

§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
				Sinnvolle Präzisierung	
§ 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>		
				Siehe §4 Absatz 1 Zusatzbezeichnung Intensivmedizin Grundvoraussetzung zur Einschätzung dieser Patienten	

§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ²Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	Für die Weiterentwicklung und Digitalisierung in der Medizin sehr wichtige Ergänzung
§ 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,	Punkt 1 beschreibt die inhaltliche Qualifikation, die primär vorhanden sein muss, egal ob Internist, Anästhesist Neurologie etc. insofern sind 2 und 3 nicht sinnvoll
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,	Siehe 2
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer
				GKV-SV
				KBV, DKG, PatV Eine 3 jährige Tätigkeit bringt keinen Vorteil gegenüber der 18monatigen Tätigkeit

			<p>von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit</p>	<p>auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]</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. 			
				<p>Diese Ärzte müssen entsprechend den Facharzt aufweisen und eine entsprechende Erfahrung in der Behandlung dieser Patienten aufweisen können wie §4 Absatz 3 bzw. 4</p>		
§ 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 ärzt-</p>			

			liche Einschätzung des Beatmungsstatus nach § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V erfüllen. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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.	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.	PatV, GKV-SV Sinnvoll, wenn diese Daten verfügbar gemacht werden	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.			
				Kann wie oben mit drei bzw. fünf Arbeitstagen präzisiert werden, ist aber weiter oben bereits aufgeführt		
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)			
				Entspricht Punkt 4		
			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			
				Sinnvolle Präzisierung um den Behandlungsprozess besser abzubilden und qualitative Probleme aufdecken zu können		
§ 5	Absatz 2					
			GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren			

§ 5	Abs. 2	Satz 2		(2) Die Formulierung Versicherten ist ebei diesem Patientenkollektiv nicht sinnvoll, da z.T. die Patienten eine gesetzliche Betreuung haben
§ 5	Absatz 3			Im Sinne der Digitalen Medizin alternativ Telemedizinische Visite
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
				Selbstverständlich
§ 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)	
				Beides sinnhafte Konkretisierungen
§ 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.			
					Zielführende Ergänzung	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV Die Voraussetzungen zur Versorgung sind vorab bereits als Voraussetzung definiert, insofern zu streichen
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
					Regelmäßig ist durch eine präzisere Formulierung zu ersetzen	
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						

§ 7	Absatz 1				Bei einer Verordnung von 7 Tagen muss geklärt sein wie die weitere Versorgung stattfindet, insbesondere nachdem seitens der Kassen keine zeitliche Entscheidungszeitraum definiert wird	
§ 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.			
					Hier sollte der Zusatz in einem hierfür spezialisierten Bereich, mit der Ausnahme von seitens der Grunderkrankung nicht zu erwartender Verbesserungsoption (ALS etc.)	
§ 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.]	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	DKG, GKV-SV, KBV Bei diesem Ansatz muss wie auch für den ärztlichen Dienst eine klare Fristsetzung eingefügt werden, um eine verlässli-	PatV

			<p>2 oder 3 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.</p>	<p>selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>	<p>che Planung und Schonung von Krankenhausressourcen sichzustellen. z.B. 3-5 Arbeitstage</p>	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>		<p>Hier müssen die Krankenkassen verpflichtet werden mitzuwirken um eine zielorientierte Versorgung des Versicherten sicherstellen zu können und stationäre</p>

					Kapazitäten für entsprechende Versicherte wieder zur Verfügung zu haben	
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG Hier ist die Formulierung „im Wesentlichen“ entscheidend für eine rasche Weiterführung der vorhergehenden Therapie, ohne lange administrative Prozesse unnötig erneut in Gang zu setzen	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
					Wesentlicher, präzisierender Zusatz der eine klarere Definition ergibt	
§ 7	Absatz 6					
§ 7	Absatz 7					

§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege

§ 8	Absatz 1					
§ 8	Absatz 2				<p>§ 8 Absatz 2 Satz 2 Hier bedarf es einer gleichförmigen Präzisierung bzgl. des Medizinischen Dienstes. Die begutachtenden Kolleg*innen müssen ihre gegebene Qualifikation, Zusatzweiterbildung Intensivmedizin, mindestens 18 monatige Erfahrung im Bereich komplexen Weaning zu einer sachgerechten Beurteilungsfähigkeit ebenfalls nachweisen wie die, die Indikation stellenden Ärzte</p>	
§ 8	Absatz 3					
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
					In der Praxis realistischerer Ansatz	
§ 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,	
				Sinnhafte Ergänzung, da hierin eine entsprechende Expertise notwendig ist um potentiellen Schaden durch unsachgemäßen Umgang insbesondere bei diesen z.T. pulmonal sehr vorgeschädigten Patient*innen sicherzustellen
§ 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.	
				Eine sinnhafte Ergänzung, da tagesindividuell ein unterschiedlicher Bedarf entstehen kann, der nicht tgl. neu definiert werden kann
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4			§ 9 Absatz 4 Ärztliche Maßnahmen und Diagnostik sind definiert als z.T. delegierbare, insbesondere auf die medizinische Behandlungspflege zu delegieren. Dies wäre sonst ein Widerspruch zu Ziel der medizinischen

					<p>Behandlungspflege im Sinne einer höher qualifizierten Versorgung §1 Absatz 1 Satz 3. Insofern muss dies weiter differenziert werden. Akute Anpassung der Beatmungseinstellungen etc. müssen im Rahmen der akuten Versorgung durch eine entsprechende qualifizierte medizinische Behandlungspflege erfolgen können.</p>	
§ 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			
					Sinnhafte Präzisierung, jedoch durch die §1 Absatz 4 definiert	
§ 9	Absatz 6					
§ 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 verstan-	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV PatV Formulierung inhaltlich sinnvoller, da eine Gefährdung in der Versorgung der Patient*innen sicher vermieden werden muss

			den. ³ 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.	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. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination von außerklinischer Intensivpflege						

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: [Absatz streichen]	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV Absatz ist zu streichen, da ggf. der verordnende Arzt im Krankenhaus und der die Behandlung weiterführende Arzt in der außerklinischen Versorgung nicht die gleichen sind. Z.B. Patient wird in Weaningzentrum in Sachsen behandelt nach längerem Intensivaufenthalt und erhält dort die Verordnung. Der Patient lebt aber in Hessen und wird dort lokal nach Entlassung aus der Reha/Weaningklinik angebunden	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
					Im Sinne der optimierten patientindividualisierten Therapie sinnvoll	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
					Im Sinne der optimierten patientindividualisierten Therapie sinnvoll	
§ 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
					Eine Verpflichtung kann in Einzelfällen auf Grund des sehr heterogenen Patientenkollektives nicht sinnvoll	
§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: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV Die Formulierung ist präziser in der zu befolgenden Aufgaben
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132I SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugs-	PatV: ¹Eine 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	KBV, DKG, GKV-SV	PatV Die komplexe und individuell sehr unterschiedlichen Möglichkeiten der An- und Zugehörigen berücksichtigende Formulierung

			<p>pflege eng mit 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>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			KBV, PatV:	DKG, GKV-SV:	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

	Abs. 7 bzw. 8		¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	eine Regelmäßigkeit der Besuche ist per se erforderlich und hier nicht gesondert notwendig erneut zu beschreiben	
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.			



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.

		LfK - Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V. Alfred-Schütte-Allee 10, 50679 Köln 21. Juli Ab dem 2. August 2021: Von-der-Wettern-Straße 27, 51149 Köln	
		21. 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>LfK:</p> <p>Insbesondere in Wohngemeinschaften für Menschen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege können einfache Behandlungspflegen auch durch Pflegekräfte erbracht werden. In der 1:1 Versorgung ist der Einsatz hingegen undenkbar. Nach Ansicht des LfK sind Vorgaben hierzu in den künftigen gemeinsamen Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege sowie in den Verträgen gemäß § 132 Absatz 5 SGB V zu treffen.</p>	
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4		<p>LfK:</p>	

			Eine Versorgung muss im Sinne der Teilhabe auch begleitend an anderen Orten möglich sein, z.B. Urlaub, Freizeit, etwaige Berufstätigkeit.	
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass <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). 	
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und		DKG zusätzlich: (7) Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem 01.01.2023 verordnet.	

	Abs. 8		(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.			
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2	LfK: Ein wesentliches Therapieziel muss auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sein. Dieser Aspekt ist in der Aufzählung zu ergänzen.				
§ 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	GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹ Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung besteht, ein	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

		solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.	nülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ² Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
§ 2	Absatz 4	LfK: Ambulantes Weaning ist im Rahmen der Verordnungsfähigkeit zu berücksichtigen. Grundsätzlich ist zu prüfen, ob dieses umsetzbar ist. Hierzu gibt es bereits erfolgreiche Projekte, wie z.B. das ZAB – Zentrum für außerklinische Beatmung in Köln.			
§ 2	Absatz 5				
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege					
§ 3	Absatz 1				

§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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 Pfl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	--	--	--	-----	-------------	------

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>gefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
§ 3	Absatz 2							

§ 3	Absatz 3				
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>					

			vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3		Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			

	Abs. 5 bzw. 6					
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			(z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])			
			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								
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.					

§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <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 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
-----	--------	--------	--	--	-----------------------	---------------

			verfügen.		
			LfK: Aus versorgungspolitischen Gründen bzw. zur Vermeidung etwaiger Unterversorgungssituationen wegen eines Facharztmangels unterstützen wir ausdrücklich die Vorgabe, dass an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen können.		
§ 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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		

			<p>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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>
			<p>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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
			PatV zusätzlich: , <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. 			
§ 4		Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² Erfolgt die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie			

	Abs. 3 bzw. 4		<p>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

			LfK: Das wird umfänglich unterstützt.			
§ 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		LfK: Oftmals ist schnelles Handeln in der außerklinischen Intensivpflege erforderlich. In der Praxis hat sich dabeiu 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.	
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			

§ 6	Absatz 3		LfK: Das Ausstellen von Verordnung spätestens 3 Tage vor Ablauf könnte ins besondere bei den Fachärzten problematisch sein. Mit dem Ziel der Versorgungskontinuität sollte die Frist verändert werden.	
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 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		LfK: Mit dem Ziel eine träger- und interessenneutralen Versorgung sicher zu stellen, muss die Krankenkasse dem Versicherten eine neutrale und transparente Liste aller im Einzugsbereich tätigen Leistungsanbieter vorzulegen.	

§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV: ²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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</p>	<p>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</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	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		
§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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
			LfK: Wir unterstützen ausdrücklich die Vorlage der Verordnung spätestens an dem 5. der Ausstellung folgenden Arbeitstag.			
§ 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.			
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter Rückzugspflege wird die	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

	Abs. 1 bzw. 2					
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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.				

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.

			Deutsches Institut für Menschenrechte	
			21.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ 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: /Pflegerkräfte	
			DIMR: Zustimmung zur Erweiterung auf Pflegekräfte.	Pflegerkräfte sind für bestimmte Aufgaben gleichermaßen geeignet.

§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
§ 1	Absatz 2		<p>DIMR: zu Satz 2 - Es wird empfohlen, den Kreis der verordnungsberechtigten Ärzt_innen nicht durch die Richtlinie einzuschränken.</p>	<p>Siehe hierzu die Erläuterung bei § 4 Absatz 1 und 2</p>
§ 1	Absatz 3		<p>DIMR: Es wird empfohlen, an dieser Stelle auch die Rechte von Kindern mit Behinderungen nach Artikel 7 UN-BRK und Artikel 23 UN-BRK zu nennen.</p>	<p>Das Kindeswohl ist ein Gesichtspunkt, der bei allen Maßnahmen, die Kinder mit Behinderungen betreffen, vorrangig zu berücksichtigen ist (Artikel 7 Abs. 2 UN-BRK). Zum Kindeswohl gehört grundsätzlich auch der Verbleib der im häuslichen/familiären Umfeld, Artikel 23 Abs. 3-5 UN-BRK. Kinder mit Behinderungen haben die gleichen Rechte in Bezug auf das Familienleben und die Vertragsstaaten sind verpflichtet, Kindern mit Behinderungen und ihren Familien frühzeitig Informationen, Dienste und Unterstützung zur Verwirklichung dieser Rechte zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Nach Artikel 7 Abs. 3 UN-BRK haben Kinder mit Behinderungen das Recht in allen sie berührenden Angelegenheiten gleichberechtigt gehört zu werden (vgl. auch Artikel 12 UN-Kinderrechtskonvention) und be-</p>

			<p>hinderungsgerechte sowie altersgemäße Hilfe zu erhalten. Mit zunehmender Reife eines Kindes haben seine Ansichten bei der Beurteilung seines Wohls immer mehr Gewicht (siehe Allgemeine Bemerkung Nr. 14 des CRC-Ausschusses, CRC/C/GC/14), mit der Folge, dass die Ansichten der Kinder und Jugendlichen auch im Bereich der Unterstützungs- und Pflegeleistungen berücksichtigt werden müssen.</p>
§ 1	Absatz 4		<p>DIMR: Die Formulierung von Satz 1 Nr. 5 erscheint als Auffangtatbestand, daher sollte an dieser Stelle deutlich werden, dass es nicht nur um Institutionen geht (wie die Aufzählung nach „insbesondere“ nahelegt), sondern – seine Eignung vorausgesetzt - grundsätzlich jeder Ort erfasst ist.</p> <p>S. 1 muss sicherstellen, dass wirklich jeder Ort grundsätzlich in Betracht kommt und ggf. auf seine Eignung hin geprüft werden muss, so dass das Wunsch- und Wahlrecht der betroffenen Person geachtet wird.</p>
§ 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).

			DIMR: Es wird empfohlen, diesen zusätzlichen Satz 4 zu streichen.	<p>Das sind zusätzliche Voraussetzungen, die geeignet sind, das Wunsch- und Wahlrecht auszuhöhlen. Dies widerspricht den Vorgaben aus § 37 c SGB V, sowie dem Allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Artikel 1 Abs. 1 i.V.m. Artikel 2 Abs. 1 GG sowie Artikel 19 UN-BRK.</p> <p>Vielmehr ist staatlicherseits sicherzustellen, dass die Voraussetzungen geschaffen werden, dass die betroffene Person ihr Wunsch- und Wahlrecht ausüben kann.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>DIMR: Zustimmung zu kann-soll</p>	<p>Durch den kategorischen Ausschluss der Möglichkeit, außerklinische Intensivpflege während einer (Krankenhaus-)Behandlung anzuordnen, werden individuelle, personenzentrierte Einzelfalllösungen verwehrt. Eine bestimmte Pflege(fach)kraft kann jedoch auch während eines Krankenaufenthalts erforderlich sein. Es darf keine rein schematischen Lösungen geben. Vielmehr sind die Wünsche und Bedarfe der einzelnen Person in der jeweiligen Situation maßgeblich (Artikel 5, 19, 25, 26 UN-BRK) und es muss dementsprechend</p>

				auch möglich sein, außerklinische Intensivpflege anzuordnen.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2		<p>DIMR: Es wird empfohlen, in der Norm zu verankern, dass das Therapieziel mit der_m Versicherten abzustimmen ist.</p>	<p>Grundlage jeder medizinischen Behandlung ist die freiwillige und informierte Zustimmung (Art. 12, 25 UN-BRK). Damit ist auch das Therapieziel der Behandlung mit der_m versicherten Person gemeinsam festzulegen und nicht etwa stellvertretend für sie.</p>
§ 2	Absatz 3			

§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
§ 2	Absatz 4	<p>DIMR: Es wird empfohlen, die Behandlung nicht nur abzustimmen, sondern ausdrücklich auch die Zustimmung der_s Versicherten einzuholen.</p>	<p>Nur mit Zustimmung der_s betroffenen Person darf eine Beatmungsentwöhnung/Dekanülierung eingeleitet, auch hier gilt der Grundsatz der freien und informierten Zustimmung gemäß Artikel 25 UN-BRK und Artikel 12 IPwskR (Recht auf das höchste erreichbare</p>			

			<p>Maß an Gesundheit). Zu berücksichtigen ist auch, dass die Einweisung in eine Klinik eine Aufenthaltsbestimmung ist, zu der die betroffene Person ihre Einwilligung erteilen muss (Art. 19 UN-BRK: Selbstbestimmte Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft). Weaning/Dekanülierung sind individuelle Vorgänge, die auch der betroffenen Person verschiedene Ressourcen abverlangen. Das Scheitern eines Weaning-Versuchs kann belastend sein und kann zur -zumindest zeitweisen- Verschlechterung der Lebensqualität führen. Die Zustimmung und Einbeziehung der betroffenen Person in jeden Schritt sind nicht nur rechtlich zwingend (zivil-, straf-, verfassungs- und menschenrechtlich), sondern auch für den Weaning-Prozess von grundlegender Bedeutung.</p> <p>Es sollte auch in Erwägung gezogen werden, in den Tragenden Gründen klarzustellen, dass eine Ablehnung von Weaning oder einer anderen Behandlung keine Nachteile, etwa in Form von Leistungskürzungen, nach sich ziehen darf. Das Potenzial zur Entwöhnung bei denjenigen zu schaffen, die einverstanden sind und wo es möglich ist, und entsprechende Angebote zu machen, ist sehr zu begrüßen, die Entwöhnung/Dekanülierung darf dabei aber nicht um jeden Preis oder mit Druck erzwungen werden.</p>
--	--	--	--

§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fäl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>len 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

				bestimmt werden können.				
						DIMR: (+)		Zur Verordnung der außerklinischen Intensivpflege muss es ausreichen, dass eine sofortige Intervention jederzeit erforderlich sein kann.
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung	PatV: (3) ¹ 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	GKV-SV, KBV	PatV		

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
				<p>DIMR: Diese Formulierung wird unterstützt, wobei sie noch um das Erfordernis der Zustimmung ergänzt werden sollte.</p>		<p>Zentral ist, dass die betroffene Person selbst über ihre Behandlung bestimmt. Die Zustimmung muss informiert und freiwillig erfolgen, gegebenenfalls ist die Person im</p>

						Wege der Unterstützten Entscheidungsfindung zu unterstützen.
§ 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.			
			DIMR: Zustimmung PatV			
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			DIMR: Es wird empfohlen, das „muss“ durch ein „soll“ zu ersetzen.		Die Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, sind eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Voraussetzungen. Das muss sich auch in der Regelung niederschlagen. Während bei bestimmten Personen kürzere Zeiträume für die Erhebung sinnvoll erscheinen, liegen bei anderen Personen andere	

					Ausgangssituationen vor und es sind damit wesentlich längere Zeiträume zur Erhebung vorzusehen, auch um nicht unnötig Stress zu erzeugen. Eine zu starre Regelung verhindert eine angemessene Einzelfallbetrachtung.		
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.				
			DIMR: Zustimmung PatV				
§ 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	
			DIMR: Zustimmung zu PatV		Durch eine flexiblere Vorgabe ist die Individualisierung und Patient_innenzentrierung besser umzusetzen		
			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				
		DIMR: Zustimmung			Wille und Präferenzen der betroffenen Person müssen aus menschenrechtlicher Sicht maßgeblich sein, vgl. Art. 12 UN-BRK.	
		KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)				

			DIMR: Ablehnung		Unnötige und zu unpräzise Ergänzung	
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			DIMR: Zustimmung, aber es ist darauf zu achten und sollte sich auch in der Formulierung niederschlagen, dass es um die subjektive Lebensqualität geht und den Wertungen der betroffenen Person bei der Erhebung maßgebliches Gewicht beizumessen ist.		Entscheidend ist die subjektive Lebensqualität und nicht allein, ob bestimmte objektiv feststellbare Voraussetzungen vorliegen.	
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			DIMR: Zustimmung		Eine ganzheitliche Betrachtung der Situation unter Berücksichtigung auch aller psychosozialer Faktoren ist wichtig.	
§ 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:
			DIMR: Zustimmung PatV		Mehr Flexibilität, weil nicht gesondert eine ausführliche Begründung gegeben werden muss, wenn ein weiterer Aspekt in die Beurteilung einbezogen werden soll.	
			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		DIMR: Der Einschränkung auf Fachärzt_innen durch § 4 Abs. 1 Satz 2 AKI-RiLi wird nicht zugestimmt.		In § 37c Abs. 1 SGB V ist festgelegt, dass die Verordnung durch ein_e Vertragsärzt_in erfolgen muss, die besonders qualifiziert ist. Es sind damit sowohl Fach- als auch Hausärzt_innen von der gesetzlichen Grundlage erfasst. In der Richtlinie ist nur die Qualifikation zu benennen, die jedoch nicht an den Status der_s Ärzt_in anknüpft.	
§ 4	Abs. 1	Satz 2	KBV, PatV, DKG:	GKV-SV:	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 a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinder-	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>ärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		

§ 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		Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.

	Abs. 2 bzw. 3					
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		DIMR: Es wird empfohlen statt „Fachärzt_innen“ die erforderliche Qualifikation zu nennen.			
§ 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,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
			PatV zusätzlich: ,			

			<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. 			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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.	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	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>	Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.		
			<p>DIMR: Zustimmung. Zudem wird empfohlen, bezüglich der Barrierefreiheitsanforderungen auf das BGG (v.a. § 4 BGG) zu verweisen und auch in die Liste mit aufzunehmen, ob der_die Vertragsärzt_in über eine barrierefreie Praxis verfügt. Nach Möglichkeit sollten die Kontaktdaten mit angegeben werden.</p>		<p>Es ist wichtig, dass die richtigen Ansprechpartner_innen niedrigschwellig und barrierefrei gefunden werden können und erreichbar sind. Auch ist es für Patient_innen besonders wichtig, über die Barrierefreiheit vor Ort Kenntnis zu haben. Barrierefreiheit ist ein Schlüsselprinzip der UN-BRK (Artikel 9 UN-BRK). Es ist Voraussetzung für die Teilhabe der einzelnen Person. Öffentliche</p>	

					Mittel dürfen nur für solche Einrichtungen, Dienste, Informationsangebote oder ähnliches verwendet werden, die auch für Menschen mit Behinderungen ohne Schwierigkeiten zugänglich sind (UN-Dok. CRPD/C/GC/2 vom 22.Mai 2014).	
§ 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		DIMR: Es wird empfohlen, nach der Erörterung auch die Zustimmung der_s Versicherten einzuholen.	Die freiwillige und informierte Zustimmung zur medizinischen Behandlung ist Kernbestandteil des Menschenrechts auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit (Art. 25 UN-BRK).
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			DIMR: Zustimmung	Transparenz, beugt Missverständnissen vor
§ 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.			
			DIMR: Zustimmung		Zur Entlastung der betroffenen Personen	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			DIMR: Es wird empfohlen, diesen Zusatz zu streichen.		Hier ist unklar, aus welchen Gründen welche Ressourcen berücksichtigt werden sollten. Inwiefern die Res-	

					<p>sources vor Ort die Dauer der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege beeinflussen, bleibt unklar. Es sollte vielmehr klar herausgestellt werden, dass die Strukturen vor Ort nach Bedarf bereit zu stellen sind.</p>
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll		Flexibilität und damit auch individuell angepasstes Vorgehen ermöglichen.
			DIMR: Zustimmung		
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			<p>DIMR: Es ist sicherzustellen, dass die Beratung im Sinne der Unterstützten Entscheidungsfindung erfolgt und etwa Kommunikationshilfen oder Vertrauenspersonen (z.B. von EUTB) hinzugezogen werden.</p>	<p>DIMR: Zustimmung</p>	<p>Eine Beratung durch die Krankenkasse sollte auf Wunsch der betroffenen Person in barrierefreier Form stattfinden und den Willen und die Präferenzen achten. Es sind Vorkehrungen zu treffen, um</p>	

					keinen Druck für eine bestimmte Entscheidung aufzubauen.	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der au-	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Berklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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		DIMR: Es wird empfohlen, den Genehmigungsvorbehalt zu streichen.	Der Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkasse verstößt gegen die gesetzlichen Vorgaben in § 37c SGB V und ist schon damit rechtswidrig und würde den Parlamentsvorbehalt in unzulässiger Weise umgehen. Der Genehmigungsvorbehalt ist nicht in der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage vorgesehen und kann daher auch nicht durch eine untergesetzliche Norm eingeführt werden (vgl. zu dieser Thematik BSG, Urteil vom 12. September 2012 – B 3 KR 17/11 R –, juris, Rn. 28f.)		

§ 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.			

§ 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			
			DIMR: Zustimmung zu PatV	Dieser Zusatz ist zur Klarstellung äußerst wichtig. Es dürfen keine zusätzlichen Anforderungen an den Ort gestellt werden.		
§ 9	Absatz 6					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>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>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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>		
			<p>DIMR: streichen</p>	<p>DIMR: Zustimmung</p>	<p>Es sollte nicht die Möglichkeit eröffnet werden, die Pflege auf An- und Zugehörige zu übertragen, um Kosten zu sparen und möglicherweise auch den Anspruch der versicherten Person auf außerklinische</p>	<p>Die Pflege durch An- und Zugehörige ist mit Einverständnis aller Beteiligten und gemäß Willen und Präferenzen der versicherten Person zu ermöglichen.</p>

					Intensivpflege auf diese Weise zu kürzen.	
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			DIMR: Zustimmung.		Es ist unabdingbar, dass die versicherte Person beteiligt wird und auch selbst bestimmt. Erforderlichenfalls sollten auch angemessene Vorkehrungen getroffen werden, um eine barrierefreie Kommunikation zu ermöglichen. Es darf nicht über den Kopf der versicherten Person hinweg entschieden werden. Das würde gegen das Selbstbestimmungsrecht verstoßen und den Einzelnen zum Objekt machen.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			DIMR: Zustimmung			
§ 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
			DIMR: Zustimmung			
§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		DIMR: Es wird empfohlen, auch hier die Einwilligung der versicherten Person zur Voraussetzung zu machen.		Die Entscheidungsmöglichkeiten und Kontrolle über die Behandlung müssen bei der versicherten Person liegen und es darf nicht über ihren Kopf hinweg entschieden werden.	
§ 10	Abs. 4 bzw. 5	Satz 2	GKV-SV, DKG: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			DIMR: streichen	DIMR: Es wird empfohlen, „mit Einwilligung der versicherten Person“ hinzuzufügen.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10		Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV:	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

	<p>Abs. 5 bzw. 6</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 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>¹Eine 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. 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</p>		
--	---------------------------------	--	---	--	--

				Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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.

- Das Wunsch- und Wahlrecht ist in § 37c SGB V einfachgesetzlich verankert und gehört auch zum Kernbereich des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts gemäß Artikel 1 Abs. 1 i.V.m. Artikel 2 Abs. 2 GG. Die Grundrechte sind aufgrund der Völkerrechtsfreundlichkeit des Grundgesetzes zudem im Lichte der Menschenrechte auszulegen. Im vorliegenden Zusammenhang ist daher insbesondere Artikel 19 UN-BRK heranzuziehen. Dort ist normiert, dass Menschen mit Behinderungen die gleichen Wahlmöglichkeiten haben wie andere Menschen, in der Gemeinschaft zu leben und nach Artikel 19 Buchstabe a) UN-BRK gehört dazu auch, den „Aufenthaltort frei zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben möchten, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“. Daneben spielt auch Artikel 25 UN-BRK (Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit) eine wichtige Rolle sowie die Grundsätze von Autonomie, Selbstbestimmung und Würde (Artikel 3 UN-BRK).
- Einschränkungen des Wunsch- und Wahlrechts, etwa durch die Hürde, dass ein bestimmter Facharzt die Verordnung ausstellen muss oder dass die Krankenkasse eine Genehmigung erteilen muss, sind nach diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben nicht zulässig. Auch Einschränkungen betreffend den Ort sind grundsätzlich unzulässig. Es ist dringend darauf zu achten, dass die Rechte der versicherten Person zu achten sind und diese in jede Behandlung, einschließlich einer etwaigen Entwöhnung, einwilligt. Diese Einwilligung muss informiert und freiwillig sein, das heißt die Beratung und Informationen müssen barrierefrei sein und die Entscheidungen dürfen weder mit formellem noch informellem Druck, etwa Versagung von Leistungen, erzwungen werden.

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.

			BAG-Phase F e.V.	
			20.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ 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: /Pflegerkräfte	
				Die BAG Phase F schließt sich der PatV an. Pflegekräfte sind sehr wertvolle Mitarbeitende in der Intensivpflege. Nicht jede Leistung im Bereich der Grundpflege muss von Pflegefachkräften ausgeübt werden.

§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	<p>Die BAG Phase F lehnt Satz 5 ab. Diese Formulierung kann bedeuten, dass jede Pflegefachkraft besonders qualifiziert sein muss. Qualifiziert ist sie durch die Ausbildung. Uns ist bewusst, dass der Gesetzgeber diese Formulierung benutzt. Die Qualifizierungen sind ein enormer finanzieller wie auch personeller Aufwand. Der Nutzen darf infrage gestellt werden. Aus unserer Sicht ist es nicht notwendig, dass jede Pflegefachkraft unmittelbar bei Beschäftigungsaufnahme eine besondere Qualifizierung vorweist, auch eine zeitnahe Qualifizierung ist unrealistisch. Die Situation am Pflegefachkräftemarkt muss dabei berücksichtigt werden. Erfahrungswissen wird erworben und damit die besondere Expertise als Basis für weitere Entwicklungen.</p>
§ 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).
§ 1	Absatz 5	<p>BAG Phase F:</p> <p>⁴Für Abwesenheitszeiten wird in stationären Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege eine verminderte Vergütung gezahlt. Es gelten die Abwesenheitsregelungen des Rahmenvertrages zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten in Einrichtungen der vollstationären Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.</p>	<p>In Zeiten der Abwesenheit wird der Platz freigehalten und nicht belegt. Die Personal- und weitere Unterhaltskosten laufen trotzdem weiter. Es ist im Vorfeld nicht absehbar, ob es sich um wenige Tage oder im Falle einer Rehabilitation oder eines Weanings um eine längere Abwesenheit handeln wird. Die Richtlinie sieht regelmäßige Vorstellungen in spezialisierten stationären Einrichtungen (z.B. Weaningzentrum, Dysphagiezentrum) vor. Es ist mit sehr viel mehr Abwesenheiten als in der Vergangenheit zu rechnen. Die Wirtschaftlichkeit und Existenz der Einrichtungen sind in Gefahr.</p>

				Alternativ möchten wir anregen, die Abwesenheitsregelung in § 132 I SGB V durch die Gesetzgebung klären zu lassen.
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	Die BAG Phase F schließt sich der DKG an.
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3			

§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
			<p>Die BAG Phase F schließt sich der DKG an.</p>			
§ 2	Absatz 4		<p>Die BAG Phase F unterstützt die Umsetzung der Therapieziele. Wir geben aber zu bedenken, dass diese Zentren (Dysphagie und Weaning) bundesweit nicht zur Verfügung stehen! Das Ansinnen der</p>			

						regelmäßigen Vorstellung der Versicherten wird nicht umsetzbar sein.		
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1					<p>Anmerkung der BAG Phase F</p> <p>Versicherte mit erworbenen Hirnschädigungen (im s.g. Wachkoma, apallisches Syndrom), bei denen im Krankheitsverlauf das Tracheostoma verschlossen werden konnte, können trotzdem weiterhin eine Husteninsuffizienz und massive Schluckstörungen haben, die die Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen. Diese Intervention erfolgt nicht täglich, verhindert jedoch Pneumonien und Krankenseinweisungen. Der Verschluss des Tracheostomas bedeutet Lebensqualität.</p> <p>Daher bitte „täglich“ streichen oder der DKG-Empfehlung folgen.</p>		
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei	PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>Versicherten zulässig, bei denen 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 in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen</p>	<p>Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</p>	<p>Versicherten zulässig, bei denen 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 bei</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
			<p>Die BAG Phase F stimmt dieser Formulierung zu.</p>	<p>BAG Phase F bis „... notwendig ist.“ Insbesondere „täglich“ streichen.</p>	<p>BAG Phase F bis „... notwendig ist.“ Insbesondere „täglich“ streichen.</p>	<p>Begründung s.o.</p>	<p>=</p>	<p>=</p>
§ 3	Absatz 2	<p>Die BAG Phase F bittet um das Hinzufügen des folgenden Satzes 2:</p>			<p>Hinweis der BAG Phase F: Diese Versicherten werden trotz bestehender Schluckstörung dekanüliert. Sie</p>			

		<p>²Eine lebensbedrohliche Funktionsbeeinträchtigung kann weiterhin bei Versicherten vorliegen, bei denen das Tracheostoma verschlossen wurde. Hier sind insbesondere Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (im s.g. Wachkoma, apallisches Syndrom) zu nennen. Das gleiche kann für Langzeitbeatmete nach erfolgreicher Entwöhnung von der Beatmung wie auch dem Verschluss des Tracheostomas zutreffen.</p>		<p>können trotzdem weiterhin eine Husteninsuffizienz und massive Schluckstörungen haben, die die Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen. Der Verschluss des Tracheostomas bedeutet Lebensqualität, messbar an weniger spastischen Fehlstellungen der Extremitäten und Entspannung des ganzen Körpers. Hustenanfälle wie auch Unruhezustände lassen nach. Es handelt sich um einen langwierigen Rehabilitationsprozess, das Ziel dabei sind weiterhin Verbesserungen der Gesamtsituation.</p>		
§ 3	Absatz 3					
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
					<p>Die BAG Phase F lehnt die GKV-SV, KBV-Position ab. Mit dieser Formulierung hat der Versicherte bzw. die Versicherte keine Versorgung mehr. Eine Einweisung in ein entsprechendes Zentrum ist</p>	<p>Die BAG Phase F sieht auch diese Position der PatV kritisch. Unverzüglich ist unrealistisch und zu streichen. Wenn das Weaning bzw. die Dekanülierung erfolgreich sein soll, muss der Versicherte</p>

					kurzfristig (wahrscheinlich sogar langfristig) unrealistisch.	oder die Versicherte sich in einer relativ stabilen Situation befinden. Nur so kann das vorhandene Potenzial genutzt werden. Das ist mit einer ersten Aussicht auf Besserung nicht gegeben.
§ 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.			
					Die BAG Phase F schließt sich der Formulierung PatV an. Mit dieser Formulierung wird der bürokratische Arbeitsaufwand der behandelnden Ärztinnen und Ärzte deutlich reduziert.	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6		Die BAG Phase F bittet um folgenden Zusatz zu Satz 10: Gleiches gilt für erwachsene Versicherte ohne Verbesserungs- und Entwicklungspotenzials, ohne Aussicht auf ein erfolgreiches Weaning bzw. eine erfolgreiche Dekanülierung.		Die BAG Phase F weist mit diesem Zusatz auf die besondere Situation der Menschen im Wachkoma und Langzeitbeatmeter hin.	
§ 3		Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

	Abs. 5 bzw. 6				
§ 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.		
				Anmerkung der BAG Phase F: Hier möchten wir auf den Zusatz der PatV in Satz 1 verweisen und bitten, Satz 5 zu streichen. Außerdem ist an dieser Stelle unsere Ergänzung zu Satz 10 zu berücksichtigen. Die praktische Durchführbarkeit sollte ausreichend Beachtung finden.	
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.		
			Die BAG Phase F empfiehlt zu Satz 10 folgende Ergänzung: Hierzu zählen auch Menschen im Wachkoma mit einem langwierigen Krankheitsverlauf ohne Dekanülierungspotenzial oder bei bereits verschlossenem Tracheostoma ohne Entwicklungspotenzial bei		

			weiterhin bestehender Schluckstörung, sowie langzeitbeatmete Versicherte ohne Weaningpotenzial.				
§ 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	
					Die BAG Phase F stimmt der PatV zu. Die vorgesehene Befunderhebung ist bereits sehr umfanglich, „insbesondere“ kann bedeuten, dass weitere Erhebungen willkürlich dazu kommen können. Im Interesse einer guten Zusammenarbeit wird niemand einen zusätzlichen Befund verweigern.		
			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	
				Diese Formulierung wird von der BAG Phase F abgelehnt. Eine Sedierung, die diesen Score erfordert, kennen wir in der	Die BAG Phase F stimmt dieser Formulierung zu. Der Schmerzstatus wird durch die Pflegefachkraft bei allen Versicherten		

					außerklinischen Intensivpflege nicht.	erhoben. Hier kann der ärztliche Dienst entlastet werden.
			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
					Die BAG Phase F stimmt der KBV, GKV-SV, PatV zu.	BAG Phase F: Wir sehen immer wieder Entwicklungen, die nicht zu erwarten waren. Daher ist uns die Formulierung „Feststellung“ zu absolut.
			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			

				<p>Anmerkung BAG Phase F: Mit welcher Konsequenz wird in der Langzeitpflege alle 6 Monate der mutmaßliche Patientenwillen erhoben? Die Patientenverfügung lag bereits im Krankenhaus vor, der mutmaßliche Wille ließ sich auch dort eruieren. Auch ohne Punkt 8 wird in der Langzeitpflege in entsprechenden Situationen der Patientenwillen berücksichtigt.</p>		
			<p>KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)</p>			
				<p>BAG Phase F: siehe 8</p>		
			<p>KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität</p>			
				<p>BAG Phase F: Wie soll bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, die sich in einem Zustand des minimalen Bewusstseins befinden, die Lebensqualität erhoben werden?</p>		
			<p>PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren</p>	<p>GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren</p>	<p>PatV</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>
§ 3	Absatz 7 bzw. 8					
§ 3	Abs. 7 bzw. 8		<p>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</p>			

			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:		
							Die BAG Phase F stimmt der PatV zu. Die vorgesehenen Aspekte sind bereits sehr umfangreich, „insbesondere“ kann bedeuten, dass weitere Aspekte willkürlich dazu kommen können.	
			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		
			BAG Phase F bittet um den Zusatz:	nein		BAG Phase F lehnt Punkt 3 und 4 der KBV, GKV-SV Position ab. Begründung:		

			Die Situation von Versicherten im Wachkoma muss besonders berücksichtigt werden.			Die Durchführung der Schluckdiagnostik bei Menschen im Wachkoma gelingt in der Fläche sehr schlecht. Die Versicherten müssen dafür über lange Fahrwege in die Klinik und in eine fremde Umgebung gebracht werden. Der Arzt oder die Ärztin können auf diese Menschen kaum eingehen. Es wird ein großer Aufwand ohne Nutzen. Eine stationäre Aufnahme dafür verbessert die Situation nicht.
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
					Die BAG Phase F stimmt der DKG-Position zu.	
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität			

			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität	
				BAG Phase F: Diese Erhebung erfolgt bereits unter § 3 Abs. 6 bzw. 7 Punkt 9. Außerdem verweisen wir auf unsere Anmerkung dort: Wie soll bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, die sich in einem Zustand des minimalen Bewusstseins befinden, die Lebensqualität erhoben werden?
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren	
			Die BAG Phase F bittet um folgenden Zusatz: Die besondere Situation der Menschen im Wachkoma ist zu beachten.	
§ 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.	
			Die BAG Phase F bittet um folgenden Zusatz: Satz 1 Punkt 9: ggf. Sitz der Trachealkanüle	Die BAG Phase F bittet darum, „ggf.“ hinzufügen. Es ist davon auszugehen, dass auch Versicherte ohne Tracheostoma und Trachealkanüle einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben werden.
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte				
§ 4	Absatz 1		Satz 1: Die BAG Phase F bittet um das Setzen eines Schrägstrichs: 1. Innere Medizin / Pneumologie	Position der BAG Phase F: Auch der Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin kann aufgrund seiner/ihrer

			Erfahrungen ein geeigneter Vertragsarzt bzw. eine geeignete Vertragsärztin sein.				
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV	
		PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.					
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG:	GKV-SV:	KBV, PatV, DKG	GKV-SV	

			<p>³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 und8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter <p>verfügen.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

			Die BAG Phase F bittet um folgenden Zusatz: Spezialisten sind lt. dieser Richtlinie nach Möglichkeit hinzuzuziehen.		Die BAG Phase F stimmt der KBV, PatV, DKG-Position in Satz 3 zu.	Position der BAG Phase F: Das Ansinnen der GKV-SV wird nicht umsetzbar sein, bitte Satz 3 bis 5 streichen.
§ 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.			
						Die BAG Phase F spricht sich gegen die Position des GKV-SV aus: Bitte streichen, sonst finden sich keine niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mehr.
§ 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, 			

			für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.	
			Die BAG Phase F bittet um das Setzen eines Schrägstrichs: 1. Innere Medizin / Pneumologie	Position der BAG Phase F: Auch der Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin kann aufgrund seiner/ihrer Erfahrungen ein geeigneter Vertragsarzt bzw. eine geeignete Vertragsärztin sein.
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		Position der BAG Phase F: In der Begründung „kleinen“ bitte streichen. Die Gruppe der Versicherten im Wachkoma, die bereits erfolgreich dekanüliert wurde bzw. wird, gehört auch dazu.
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	Die BAG Phase F spricht sich für die Aufnahme dieser Formulierung aus. Sie eröffnet insbesondere in strukturschwachen Gebieten mit dünner (fach-) ärztlicher Versorgung eine angemessene Versorgung.
§ 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,	
			Die BAG Phase F bittet um das Setzen eines Schrägstrichs: 2. Innere Medizin / Pneumologie	Position der BAG Phase F: Auch der Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin kann aufgrund seiner/ihrer Erfahrungen ein geeigneter Vertragsarzt bzw. eine geeignete Vertragsärztin sein.

KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
PatV zusätzlich: , 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.			

§ 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</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>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>

			dem Vertragsarzt enthalten.			
					Die BAG Phase F befürwortet wegen der konkreten Angaben die Position der PatV, GKV-SV.	
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1				Hinweis der BAG Phase F zum Verordnungsvordruck: Es besteht ein enormer Dokumentationsaufwand, der in vielen Punkten der Statistik dient. Bedenken Sie bitte den zeitlichen Aufwand. Es müssen qualifizierte Ärztinnen und Ärzte gefunden werden, die überhaupt die Betreuung dieser Versicherten übernehmen möchten. Z.B. ist die Trachealkanüle heute geblockt, morgen ungeblockt. Das Ziel bleibt doch trotzdem die Dekanülierung. Vieles ist tagesformabhängig. Es müssen Ausnahmen bei fehlendem Potenzial möglich sein.	
§ 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 o- der 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
				Hinweis der BAG Phase F: Bitte streichen, wird an anderer Stelle schon erfasst. Die Erfassung des Potenzials ist eine Prognose und hat aus unserer Sicht keine Relevanz für die Verordnung.
			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	
				Hinweis der BAG Phase F: Bitte streichen, wird an anderer Stelle schon erfasst. Die Erfassung des Potenzials ist eine Prognose und hat aus unserer Sicht keine Relevanz für die Verordnung.
§ 5	Absatz 2			
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			Hinweis der BAG Phase F: Entweder besteht ein nicht planbarer Interventionsbedarf oder nicht. Der besteht 24 Stunden am Tag, „... ganz oder teilweise ...“ ist bitte

			zu streichen. Sollte sich dieser Absatz auf die Rückzugspflege beziehen, sollte es erkenntlich sein. Siehe auch weitere Finanzierung der AIK in § 9 Abs. 7 hinzugefügter Satz 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.			
			Die BAG Phase F bittet um das Hinzufügen des Satzes: ³ Gleiches gilt für anspruchsberechtigte Versicherte ohne Altersbegrenzung, bei denen kein Verbesserungspotenzial besteht.		Hinweis der BAG Phase F: Gemeint sind Anspruchsber- rechtigte, die sich über Jahre im gleichen Zustand ohne Verbesserungs- und Entwicklungspotenzial (Dekanü- lierungs- und Weaningpotenzial) befinden.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
					Position der BAG Phase F: Satz 2 bitte streichen	
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			
				Die BAG Phase F stimmt dieser Position zu. Nur so haben Versicherte eine frühe Chance, tatsächlich erfolgreich entwöhnt zu werden.		
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.			
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
					Die BAG Phase F stimmt der DKG-Position zu.	Hinweis der BAG Phase F: Hier wäre ein hoher, nicht zu rechtfertigender bürokratischer Aufwand zu erwarten.
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
					Hinweis der BAG Phase F: Der Zusatz kann gestrichen werden, weil ohnehin eine nichtplanbare und damit permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft besteht.	
§ 7	Absatz 6					
§ 7	Absatz 7					
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 8	Absatz 1					

§ 8	Absatz 2				Hinweis der BAG Phase F zu Satz 2: Die Genehmigung in nicht vollem Umfang kann nicht in vollstationären Einrichtungen erteilt werden.	
§ 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				Position der BAG Phase F: Punkt 7 bzw. 9: (bspw. Herz-Kreislauf-Monitoring) bitte streichen. Es handelt sich um eine außerklinische Intensivpflege. Die Überwachung der Vitalparameter hat ihre Grenzen, so mal kein Arzt und keine Ärztin in der Nähe sind, die ein erweitertes Monitoring (z.B. Mehrkanal-EKG) bewerten können.	

§ 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.			
§ 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					
			GKV-SV, KBV, DKG:	PatV:	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und</p>		
-----	--------	----------	---	---	--	--

				Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
						Position der BAG Phase F: Wir stimmen der PatV zu, Satz 3 ist jedoch zu streichen. Er steht im Widerspruch zu Satz 2.
§ 9	Absatz 7		Die BAG Phase F bitte um Hinzufügung von Satz 4: ⁴ § 37 c Absatz 3 Sätze 2 und 3 SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen.		Hinweis der BAG Phase F: § 37 c Absatz 3 Satz 2: Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des <u>§ 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches</u> festgestellt ist.	
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				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].		
						Die BAG Phase F befürwortet die Streichung der GKV-SV-Position. Abs. 1 bzw. 2 mit allen Zusätzen beschreibt die Zusammenarbeit.
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
				Hinweis der BAG Phase F: Wie wird das alles finanziert, insbesondere die ärztlichen Leistungen?		
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	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 Vertrags- ärztin oder der verord- nende Vertragsarzt hat un- verzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöh- nung oder Dekanülierung	KBV, PatV: ² Die verordnende Ver- tragsärztin oder der ver- ordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die wei- teren Maßnahmen ein- schließlich der Einbin- dung der	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			einzuweisen und die Krankenkasse zu informieren.	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
					Position der BAG Phase F: GKV-SV, DKG Satz 2 bitte streichen. Ohne Prüfung wird hier agiert, das ganze kann sehr kostspielig werden und hat wenig Aussicht auf Erfolg. Welchen Zweck verfolgt die Information an die Krankenkasse?	Position der BAG Phase F: Wir unterstützen die Position der KBV, PatV. Diese Formulierung weist darauf hin, dass weitergehende Maßnahmen erst geprüft werden und ein tatsächlicher Bedarf so ermittelt wird.
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem	PatV: ¹ 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	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>Familiensituation gewährleistet werden kann. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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 6 oder 7		<p>Die BAG Phase F empfiehlt diese Formulierung: Der Leistungserbringer nach § 132l SGB V informiert die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden</p>		<p>Die BAG Phase F empfiehlt Absatz 6 oder 7 zu streichen. Begründung: Woher haben der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin neue</p>	

			Vertragsarzt über neue pflegerelevante Bunde.		pflegerelevante Befunde und warum legen diese dann Ziele und Maßnahmen der Pflege fest? Ist das nicht Aufgabe der Pflege? Die Pflege hat (vermutlich) diese Befunde erhoben und weitergeleitet. Siehe Pflegeberufegesetz und die dort festgehaltenen Vorbehaltsaufgaben.	
§ 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
					Die BAG Phase F stimmt dieser Formulierung zu. Auch hier kann die	Die BAG Phase F lehnt diese Formulierung ab.

					Telemedizin Berücksichtigung finden.	
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:		
			Die BAG Phase F lehnt Inhalte des Behandlungsplan als Bestandteil der Richtlinie ab.	Die BAG Phase F schließt sich dieser Position an.		
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.	<p>Die BAG Phase F möchte anmerken: Die Menschen im Wachkoma sollten mit ihren unterschiedlichen Bedarfen in dieser Richtlinie Berücksichtigung finden. Wenig hilfreich sind da beispielsweise die Fachärztin und der Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie. Der Allgemeinmediziner oder die Allgemeinmedizinerin wie auch die Fachärztin und der Facharzt für Innere Medizin sind da sehr wertvolle ärztliche Begleiter und aus unserer Sicht auch für diese vulnerable Gruppe sehr gut qualifiziert. Der Pneumologe steht in der Regel der Situation hilflos gegenüber und sieht seinen Aufgabenbereich wo anders. Gleiches gilt für Ärzte und Ärztinnen, die auf das Weaning spezialisiert sind. Die Lungenfunktion stellt in der Regel bei den Menschen im Wachkoma kein Problem dar. Für die Dekanülierung ist zusätzlich die Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ausreichend.</p> <p>Die Entfernung der Trachealkanüle und der Verschluss des Tracheostomas bedeuten Lebensqualität. Trotzdem bleiben die Menschen im Wachkoma auch nach der Dekanülierung eine äußerst vulnerable Gruppe, die weiterhin nicht in der Lage ist, lebensbedrohliche Situationen selbst zu beherrschen. Dazu zählt an erster Stelle die</p>					

weiterhin bestehende Dysphagie mit dem notwendigen Absaugen, um eine Aspiration und in der Folge eine Pneumonie mit letalem Ausgang zu verhindern.

Da an verschiedenen Stellen die Lebensqualität der betroffenen Versicherten erfasst werden soll, empfehlen wir das Arbeiten mit Assessments, die auf die Belange und Entwicklungsverläufe der Betroffenen abgestimmt sind. Bei Menschen im Wachkoma bietet sich in der frühen Phase die Skala „Early Functional Abilities“ (EFA) an, bei Verbesserungen das Assessment „SINGER“ (Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation).

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.

			PflegeZukunftsInitiative		
			21.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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		

§ 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.
§ 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).
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5		PatV: kann soll

		Satz 1/ Satz 2		
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3			
§ 2	Abs. 3		DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			(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.	(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 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							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig,	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen	PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen in den Fällen des § 1 Absatz	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

		<p>bei denen 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 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</p>	<p>lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

			Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.	Voraus bestimmt werden können.				
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>				
					GKV-SV, KBV			PatV

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 3	Absatz 6 bzw. 7					
§ 3			PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben	PatV	KBV, GKV-SV, DKG

Abs. 6 bzw. 7	Satz 1						
		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		KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ² Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			

	Abs. 8 oder 9	Satz 2				
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			

§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <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. 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
§ 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	Ab-satz 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,		
			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	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 [.]	GKV-SV
PatV zusätzlich: , b. in der neurologischen Frühreha Phase B, c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum,					

			<p>d. in einem neuromuskulären Zentrum oder</p> <p>e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>			
§ 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</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

			Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.			
§ 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		DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)			

		Satz 3 o- der 4	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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			

§ 6	Absatz 3		
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements			
§ 7	Absatz 1		
§ 7	Absatz 2		
§ 7	Absatz 3	<p>PflegeZukunftsInitiative: Hier muss durch Satz 3 ergänzt werden: Die in Satz 1 genannte ärztliche Einschätzung hat durch eine externe Ärztin oder einen externen Arzt mit entsprechender Qualifikation gem. § 4 Abs. 1 zu erfolgen.</p>	<p>Hierdurch sollen In sich Geschäfte vermieden werden.</p>
§ 7	Abs 3	Satz 2	<p>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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.</p>
			<p>PflegeZukunftsInitiative: zusätzlich: ²Dabei 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, möglichst in einem spezialisierten Zentrum, erfolgt.</p>

§ 7	Absatz 4	<p>PflegeZukunftsInitiative:</p> <p>Satz 1 Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus, möglichst das spezialisierte Zentrum, festgestellt wurde, hat dieses unverzüglich, noch vor der Einbindung eines Leistungserbringers, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die (den) zuständige(n) Krankenkasse (Kostenträger) hierüber zu informieren.</p> <p>Satz 2 Zustimmung für DKG, GKV-SV, KBV Nachtrag.</p> <p>PflegeZukunftsInitiative: <u>zusätzlich:</u> Wird die pflegerische Versorgung von Patienten mit Anspruch auf außerklinische Intensivpflege von Zugehörigen oder anderen Vertrauenspersonen des Patienten geleistet, sollte bereits in der entlassenden Klinik - unverzüglich eine bedarfsgerechte und individuelle Einarbeitung dokumentiert durchgeführt werden. Das entlassende Krankenhaus muss den weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt darüber vor der Entlassung des Versicherten informieren.</p>				
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>^{2 oder 3}Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.			
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG
§ 7	Abs. 4	Satz 4	GKV-SV, KBV:			

		oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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 Entlass PflegeZukunftsInitiative: ungstag abzustimmen. 5 oder 6 Das Krankenhaus teilt der Krankenkasse den mit dem Leistungserbringer abgestimmten voraussichtlichen Entlass PflegeZukunftsInitiative: ungstag 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.</p> <p>PflegeZukunftsInitiative: Satz 7 sollte ergänzt werden um: Diese Abstimmung beinhaltet auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			
§ 7	Absatz 5		<p>Satz 2: PflegeZukunftsInitiative: Um die Planung einer diesbezüglich nahtlosen Versorgung zu ermöglichen, teilt der Leistungserbringer nach § 132I SGB V dem Krankenhaus bei Aufnahme des bereits außerklinisch mit Intensivpflege betreuten Versicherten unaufgefordert die Inhalte und die Dauer der bereits bestehenden Verordnung mit.</p>			
§ 7	Abs. 5	Satz 2	<p>DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
			PflegeZukunftsInitiative: Ist abzulehnen, da zu weitläufig formuliert.			
§ 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		DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV

		Satz 1				
§ 8	Absatz 4					
§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege						
§ 9	Absatz 1	PflegeZukunftsInitiative: Satz 2 → Punkt 7. [bzw. 9.] die Bewertung die Erfassung von Vitalparametern (bspw. Herz-Kreislauf-Monitoring Parameter)			Begründung: Die Bewertung von Vitalparametern ist eine originäre ärztliche Aufgabe und liegt nicht in der Verantwortung einer Pflegefachkraft. Es besteht nach unserer Auffassung auch ein Widerspruch zum § 10 Absatz 4 bzw. 5.	
		Punkt 3. das Sekretmanagement und der Umgang mit Hilfsmitteln zur Hustenassistentz				

§ 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.	
			PflegeZukunftsInitiative Ist abzulehnen, da dies grundpflegerische Leistungen im Sinne des SGB XI darstellt und in der Häufigkeit bereits bisher individuell versichertenbezogen geplant und durchgeführt werden muss.	
§ 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	
			PflegeZukunftsInitiative: Nachtrag PatV ist zu streichen. Auch an den Versorgungsorten nach Nummer 4 und 5 sind die optimalen Rahmenbedingungen zu schaffen.	Bemerkung: Widerspruch u.a. zur Qualitätsprüfrichtlinie (QPR) Ambulante Wohnform

§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV
§ 9	Absatz 7		<p>PflegeZukunftsInitiative: (7) 1Liegt der Bedarf für außerklinische Intensivpflege gemäß § 3 Absatz 1 nicht mehr vor, endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, unabhängig von dem bereits verordneten</p>			

		<p>Zeitraum. 2Diesbezügliche Hinweise sind der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt durch den Leistungserbringer, den MD, den mitbetreuenden beatmungserfahrenen Arzt / Ärztin oder das Krankenhaus, welches das Bedarfsende festgestellt hat, unverzüglich mitzuteilen. 3Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt oder das Krankenhaus informiert nach Rücksprache mit der oder dem Versicherten unverzüglich die Krankenkasse.</p>				
<p>§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege</p>						
§ 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 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].</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>	<p>GKV-SV</p>

§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			PflegeZukunftsInitiative: zusätzlich: sowie unter Beteiligung der Kostenträger und Anbindung an ein spezialisiertes Zentrum		Bemerkung: siehe S2k Leitlinie der DGP	
§ 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		PflegeZukunftsInitiative: Wir empfehlen, die Anforderungen an Kooperationspartner in dieser Richtlinie zu definieren.			
§ 10	Absatz 3 bzw. 4		PflegeZukunftsInitiative: 2Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt sowie die		Bemerkung:	

		<p>weiteren mitbehandelnden qualifizierten Ärztinnen und Ärzte 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. 3Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt unter Einbeziehung der mitbehandelnden qualifizierten Ärztinnen und Ärzte entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.</p>		<p>Es muss in jedem Fall sichergestellt sein, dass alle Beteiligten in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Sinne des Versicherten einbezogen und informiert werden zum aktuellen Stand der Behandlung. Hauptverantwortlich dafür ist auf Seite des Leistungserbringers die Fachbereichsleitung (analog der in der S2k Leitlinie empfohlenen Qualifikation, Kapitel 4.7.)</p>		
§ 10	Absatz 4 bzw. 5		<p>PflegeZukunftsInitiative : (4) bzw. (5) 1Inbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert der Leistungserbringer nach § 132I SGB V, die mitbetreuende beatmungserfahrene Ärztin oder der mitbetreuende beatmungserfahrene Arzt oder das feststellende Krankenhaus bei geplanten oder ungeplanten Krankenhausaufenthalten unverzüglich die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt.</p>			
§ 10	Abs. 4 bzw. 5	Satz 2	<p>GKV-SV, DKG: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.</p>	<p>KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.</p>	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			PflegeZukunftsInitiative: Ist unbedingt zu unterstützen.	PflegeZukunftsInitiative: Ist abzulehnen.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 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 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</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 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>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.			
§ 10	Absatz 7 bzw. 8		PflegeZukunftsInitiative 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.		Bemerkung: Widerspruch zur möglichen Videovisite, der Arzt nicht vor Ort ist.	
§ 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.	<p>PflegeZukunftsInitiative: Behandlungsplan Abschnitt 1: Maßnahmen der Heilmitteltherapie sollte erweitert werden um den Atmungstherapeuten / die Atmungstherapeutin (nach DGP) --> dafür ist die Erweiterung der Heilmittelrichtlinien um den Atmungstherapeuten / die Atmungstherapeutin (nach DGP) vorzunehmen.</p> <p>PflegeZukunftsInitiative: Forderung zur Errichtung eines verpflichtenden Registers für Patienten mit Anspruch auf außerklinische Intensivpflege</p> <p>Die Schaffung einer verpflichtenden Informations- und Datenbasis mit quantitativ-epidemiologischen Kennziffern, mit Real- und Routinedaten der Leistungserbringer, zu vorgehaltenen Strukturen und Angebote der außerklinischen Intensivpflege, zur regionalen Verteilung sowie den entsprechenden Ausstattungsmerkmalen bildet die Grundlage, um fundierte Aussagen und Überlegungen zur (Weiter-) Entwicklung dieses Versorgungsbereiches treffen und ableiten zu können.</p> <p>Daher wird der Aufbau von fundierten Erkenntnissen über den Versorgungsbedarf von tracheotomierten Patienten mit oder ohne Beatmung sowie nichtinvasiv beatmeten Patienten mit dem Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auch in Deutschland dringend empfohlen.</p> <p>Die Verantwortung zur Erstellung eines Datenregisters sollte in dem Casemanagement der Kostenträger liegen. Das zentrale Register sollte durch eine unabhängige Institution, z.B. den Medizinischen Dienst geführt werden und insbesondere die folgenden Aufgaben berücksichtigen:</p>			

- Die personenbezogene Erfassung der Daten aller außerklinisch ambulant und stationär versorgten tracheotomierten Patienten mit oder ohne Beatmung sowie nichtinvasiv beatmete Versicherte, mit dem Anspruch auf außerklinische Intensivpflege,
- Daten zur Versorgungssituation und zur Versorgungsoptimierung,
- die Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung.

Alternative:

Das bereits bestehende, freiwillig geführte Register der DIGAB e.V. sollte verpflichtend für alle Beteiligten gelten.

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.

		Alexianer Münster GmbH	
		30.06.2021	
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	[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] Der Bedarf an außerklinischer Intensivpflege orientiert sich fortlaufend an der gesundheitlichen Situation des betroffenen Menschen. Notwendige und/oder durchgeführte Interventionen der Intensivpflege sind situationsgerecht zur Sicherung der Versorgungssituation durchzuführen und dienen nicht als Nachweis einer	Als Beispiel hier die durch dem MD abgefragte Absaugfrequenz zur Prüfung einer möglichen Intensivpflichtigkeit oder das Abrechnen einzelner Absaugvorgänge. Hier muss das Ziel sein, gerade das invasive, extrem unangenehme und anstrengende Absaugen möglichst oft durch gleichwertige, das eigene Abhusten fördernde pflegerische Interventionen zu ersetzen.

			<p>möglichen Intensivpflichtigkeit des betroffenen Menschen. Vielmehr sind gleichwertige pflegfachliche Interventionen einer invasiven Intervention bei gleicher Wirksamkeit und Zielsetzung vorzuziehen.</p>	<p>Eine ASE, eine Lagerungsdrainage, konsequente 90° Seitenlagerung nach Bobath in Ruhephasen, oder Einsatz eines Cough-Assist sollten pflegfachliche Handlungen sein, die als erste Schritte im Rahmen des Sekretmanagements versucht werden. Invasives Absaugen sollte, außer in Notfällen, immer eine spätere Option sein.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 3	<p>PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte</p> <p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>³Medizinische Behandlungspflege sind (ärztlich verordnete) Maßnahmen, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte [PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte] delegiert werden können.</p>	<p>Es sollten für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege nur Pflegefachkräfte erwähnt werden. Durch die sich schnell entwickelnden Therapiemöglichkeiten der Kliniken werden die Krankheitsbilder und die daraus resultierende Therapie der zu betreuenden Bewohner*innen/Klient*innen immer umfangreicher. Dies erfordert in der Betreuung, Behandlung und Einschätzung und Leistungserbringung der Gesundheitsentwicklung eine fundierte Ausbildung, da die geforderte Fortbildung für außerklinische Intensivpflege mit 120h nur eine „Erweiterung“ des Wissens darstellt. Sie ersetzt keine 3-jährige Ausbildung. Deshalb sollte hier bei 100% der Mitarbeiter*innen immer eine 3-jährige Ausbildung sein. Eher könnte die Ausbildung Heilerziehungspflege der Alten-/Krankenpflege gleichgestellt</p>

				werden, wenn deren Ausbildungsinhalte angepasst sind.
§ 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.	
			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, <u>und Fachkräfte der Heilerziehungspflege bei denen Inhalte ihrer Ausbildung im Bereich Pflege/Intensivpflege denen der 3-jährigen Pflegeausbildung entsprechen und</u> die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.] ⁵</p>	Hier sollten auch Fachkräfte aus der Heilerziehungspflege nach Abschluss einer Ausbildung mit der Alten- und/oder Krankenpflegeausbildung entsprechender Ausbildungsinhalte explizit erwähnt werden, die wie oben benannt, „besonders qualifiziert sind“. Wenn die Versorgung der betroffenen Menschen durch Mitarbeiter*innen der Alten- und Krankenpflege nicht (mehr) gewährleistet werden kann, sollte aus dem Bereich der entsprechend aus- und weitergebildeten Heilerziehungspfleger*innen (mindestens Weiterqualifikation Fachkraft AI) ein Einsatz ermöglicht werden.
§ 1	Absatz 2			Der Begriff „besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte“ sollte weiter definiert werden. Zudem muss sichergestellt sein, dass jede Versorgungsform (Klinik, AD, stat. Einrichtung, etc.) dann auch Zugang zu o.g. Ärztinnen/Ärzten hat und diese auch Ressourcen zur Betreuung anbieten können. Besonders im

			Bereich der niedergelassenen Vertragsärztinnen/Vertragsärzte scheinen die geforderten Ressourcen nicht vorhanden zu sein.
§ 1	Absatz 3	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>2Bei der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sind die gesundheitliche Eigenkompetenz <u>Selbstpflegekompetenz</u> <u>sowie</u> 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 weiter-besteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und von volljährigen Versicherten <u>pflegefachlich</u> zu berücksichtigen (vgl. § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V).</p>	Die Selbstpflegekompetenz sollte z.B. am Selbstpflegekompetenzmodell nach Orem pflege- /wissenschaftlich /fachlich eingeschätzt werden. Danach kann und sollte ein entsprechendes pflegefachliches Angebot erstellt werden.
§ 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

			<p>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>
			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>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 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), 4. sich die oder der Versicherte an diesen Orte zur Gestaltung ihrer/seiner Freizeit situationsgegeben, auch an Orten, die nicht den Vorgaben der Intensivversorgung entsprechen aufhält. <p>Die Versorgung muss an jedem Ort, an dem sich der Versicherte mit entsprechendem Bedarf aufhält, sichergestellt sein.</p>
§ 1	Absatz 5		<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>4Für Abwesenheitszeiten wird in stationären Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege ab dem 5. Abwesenheitstag eine um 25% verminderte Vergütung der in den Vergütungsvereinbarungen verhandelten</p> <p>In Zeiten der Abwesenheit wird der Platz der Bewohnerin/des Bewohners freigehalten und nicht belegt, da die Rückübernahme folgt. Die Personal- und weitere Unterhaltskosten laufen weiter um die Rückübernahme jederzeit möglich zu machen. Es ist im Vorfeld</p>

			<p>Beträge aus SGB XI und SGB V gezahlt. Es gelten die Abwesenheitsregelungen des Rahmenvertrages zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten in Einrichtungen der vollstationären Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.</p>	<p>nicht absehbar, ob es sich um wenige Tage oder im Falle einer Rehabilitation oder eines Weaningversuches um eine längere Abwesenheit handeln wird. Die Richtlinie sieht regelmäßige Vorstellungen in spezialisierten stationären Einrichtungen (z.B. Weaningzentrum, Dysphagiezentrum) und somit Abwesenheiten in den versorgenden Einrichtungen vor. Es ist mit sehr viel mehr Abwesenheiten als in der Vergangenheit zu rechnen. Die Wirtschaftlichkeit und Existenz der Einrichtungen sind gefährdet, wenn es häufig zu Abwesenheiten kommt. Eine bestehende gute Versorgungsstruktur einer Einrichtung und ein bestehender gut eingearbeiteter Personalstamm sollte nicht durch Kürzungen der Zahlungen gefährdet werden.</p>
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>Zudem sollte der betroffene Mensch im psychischen Erleben seiner Situation und im Rahmen sozialer Anbindung gefestigt sein, bevor erneute Verlegungen geplant werden.</p>	
§ 2	Absatz 3	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>...zu ergreifen. ⁴ oder ⁵ Daraus ergeben sich insbesondere folgende unterstützende Maßnahmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <u>Förderung der Mobilität</u> 	<p>Unter Punkt 5 sollte „Förderung der Mobilität“ stehen. Es entspricht dem pflegfachlichen Ziel. und ist Inhalt des möglichen Expertenstandards.</p> <p>Es ist für die Behandlung wichtig, auch die neurologisch fachärztliche Betreuung sicherzustellen.</p> <p>Die Delirprophylaxe sollte schon in der Klinik zur Routine gehören. Auch die nachversorgende Intensivpflege</p>

			<p>6. die Therapie der Dysphagie zur Verbesserung der Schluckfunktion und Wiederherstellung der Sprechfunktion,</p> <p>7. die Rekonditionierung der atrophierten (Skelett-) Muskulatur sowie</p> <p>8. die verbesserte Sekretclearance.</p> <p>9. neurologisch fachliche Mitbehandlung</p> <p>10. Delirprophylaxe</p> <p>...</p>	<p>sollte hier sensibilisiert sein. Die hier im Haus vertretenen psychiatrischen Bereiche raten hier dringend wachsam zu sein.</p>		
§ 2	Abs. 3		<p>DKG</p> <p>(3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV:</p> <p>(3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
				<p>Die außerklinische Intensivpflege darf nicht auf das Vorhandensein eines Tracheostomas/einer Trachealkanüle/einer Beatmung beschränkt sein. Die Dekanülierung ist immer eine feste Zielsetzung.</p> <p>Vielmehr muss in jedem Fall die Versorgung bei schwerer Dysphagie und/oder nicht reguliertem Muskeltonus im Rahmen außerklinischer Intensivpflege sichergestellt sein um eine Verschlechterung durch die benannten Symptome mit nachfolgender klinischer Intensivpflichtigkeit möglichst langfristig zu verhindern.</p>	
§ 2	Absatz 4	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>(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, <u>die seitens des Kostenträgers benannt wurde. <i>Nach erfolgreicher</i></u></p>		<p>Bei der Forderung muss das ausreichende Vorhandensein dieser Weaningzentren seitens der Fordernden sichergestellt sein und eine Verlegung sowie der Transport sofort genehmigt und finanziert werden. Aktuell ist diese Forderung aus unserer Sicht nicht umsetzbar. Es fehlen entsprechende Einrichtungen, eine entsprechende Information, aktuelle Liste freier Betten, Weiterbildung und technische Ausstattung zu Voruntersuchungen für die betreuenden Vertragsärztinnen/Vertragsärzte. Zudem muss die unverzügliche Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers bei Indikationsstel-</p>	

		<p><u>Dekanülierung ist die weitere Förderung und Versorgung durch die vorversorgende Einrichtung sicherzustellen um Komplikationen und/oder eine Rekanülierung langfristig zu vermeiden.</u></p>	<p>lung des Antrages der/des betreuende Vertragsärztin/den Vertragsarztes sichergestellt sein, wenn von ihm eine unverzügliche weitere Maßnahme gefordert wird. Das derzeit übliche Suchen eines Klinikplatzes und die teils langwierigen Antrags- und Genehmigungsprozesse müssen neu geregelt werden. Ergänzend muss hier ein Case-Management der Kostenträger verantwortlich eingebunden werden da Zielvereinbarungen gefordert sind! Es wird die regelmäßig persönliche Inaugenscheinnahme durch die betreuende Vertragsärztin/den Vertragsarzt gefordert, hier muss die genehmigende Stelle (Kostenträger) in gleicher Qualität eingeschlossen sein. Eine „fallferne“ Entscheidung nach Aktenlage ist bei den Forderungen nicht (mehr) angemessen, Zielplanungen sind beschrieben. Zudem muss die Versorgung nach dem Aufenthalt in einem der o.g. Zentren weiter gesichert sein.</p> <p>Eine erfolgreiche Dekanülierung, die Entlassung mit Pflegebedarf, ermöglicht keine Rückverlegung in die vorversorgende (Intensivpflege-) Einrichtung bei Entfall der Voraussetzung „Intensivpflege“. Hier muss das Case-Management der Kostenträger frühzeitig die Zielplanung anpassen und geeignete Versorgungsplanungen.</p>
§ 2	Absatz 5	[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]	

		Zudem sind, wo notwendig, die psychologische / psychiatrische fachärztliche Begleitung auch zur Delirprophylaxe sicherzustellen. Dies schließt auch die Aufenthalte in den spezialisierten Entwöhnungszentren/Weaningzentren mit ein.	
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege			
§ 3	Absatz 1	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>Wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung</p>	<p>Versicherte mit erworbenen Hirnschädigungen (im s.g. Wachkoma, apallischem Syndrom), bei denen im Krankheitsverlauf das Tracheostoma verschlossen werden konnte, können trotzdem weiterhin eine Husteninsuffizienz und / oder hochgradige Dysphagie haben, die die Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen. Diese Intervention erfolgt nicht täglich, muss aber täglich sichergestellt sein und verhindert so Pneumonien und häufig folgende Krankenhauseinweisungen. Der Verschluss des Tracheostomas bedeutet den Zugewinn von Lebensqualität und sollte sichergestellt sein.</p> <p>Daher bitte „täglich“ streichen und zudem der DKG-Empfehlung folgen, da auch pflegerische Interventionen notwendig sein können.</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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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 Pfl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	---	---	---	-----	-------------	------

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>gefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklini-</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklini-</p>		<p>[Alexianer Münster]</p>	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p>

			<p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen <u>und (intensiv-) pflegerischen</u> Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können...</p>	<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</p>	<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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</p>	<p>GmbH zusätzlich:] ...täglich.. ist zu streichen. Begründung wie §2 Abs. 4</p>	<p>...täglich.. ist zu streichen. Begründung wie §2 Abs. 4</p>
--	--	--	---	--	---	--	--

				<p>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.</p>	<p>pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
§ 3	Absatz 2	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p><u><i>²Eine lebensbedrohliche Funktionsbeeinträchtigung kann bei Versicherten auch dann (noch) vorliegen, bei denen das Tracheostoma verschlossen wurde. Hier sind insbesondere Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (im s.g. Wachkoma, apallischen Syndrom) zu</i></u></p>			<p>Die betroffenen Menschen werden trotz weiterbestehender Schluckstörung dekanüliert. Danach besteht weiterhin ein Bedarf an pflegfachlicher Kontrolle und Unterstützung um das erreichte Therapieziel zu erhalten. Die weiterhin bestehenden eingeschränkten Fähigkeiten Abzuhusten/Abzuschlucken müssen durch die</p>			

		<p><u>nennen. Das Gleiche kann für Langzeitbeatmete nach erfolgreicher Entwöhnung von der Beatmung wie auch dem Verschluss des Tracheostomas gelten.</u></p>		<p>kontinuierliche Interventionsbereitschaft einer Pflegefachkraft abgesichert sein. Der Verschluss des Tracheostomas bedeutet Lebensqualität, messbar an weniger spastischem Tonus der Extremitäten und Entspannung des ganzen Körpers. Hustenanfälle wie auch Unruhezustände lassen nach. Das weitere Ziel ist ein Rehabilitationsprozess zur Verbesserung der Gesamtsituation.</p> <p>Hier sollte für die Kostenträger und den begutachtenden medizinischen Dienst zudem ein deutlicher Hinweis eingefügt werden, dass das Nichtvorhandensein einer Trachealkanüle den Intensivpflegebedarf nicht automatisch ausschließt. Zudem sollte bei den genehmigenden Stellen die korrekte Einschätzung des vorliegenden Grades der Dysphagie entsprechend den Forderungen der Kostenträger an die versorgenden Einrichtungen, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durch die <u>persönliche Inaugenscheinnahme geschulter Mitarbeiter/innen</u> sichergestellt sein und einer Einschätzung durch Fachleute (Facharzt, Logopädie) gefolgt werden.</p>		
§ 3	Absatz 3					
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			<p>Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außer-klinischer 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 der Versorgung solange möglich, bis</p>	<p>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>		
--	--	--	--	--	--	--

		ein Platz zur Verfügung steht.			
		<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung/ Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege <u>nicht nur dann</u> ausgestellt werden, <u>wenn spezialisierten Einrichtungen zur Beatmungsentwöhnung nicht zur Verfügung stehen und die weiterversorgende stationäre Pflegeeinrichtung über Kooperationen z.B. mit spezialisierten Einrichtungen zur Beatmungsentwöhnung verfügt die das angestrebte Therapieziel weiter absichern können.</u></p>		Das beschriebene Vorgehen erscheint nicht durchführbar. Neben der Tatsache, dass die zahlreichen klinischen Intensivplätze nicht zur Verfügung stehen, entsteht das Potential zur Beatmungsentwöhnung und / oder Dekanülierung nicht von allein. Es ist oft die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem betroffenen Menschen und den pflegerischen und therapeutischen Angeboten der langzeitversorgenden Einrichtung. Hier sollte der Einsatz unterstützt und durch die Schaffung von Kooperationen mit Kliniken der Entwöhnungsprozess vor Ort unterstützt werden. Es sollten Mög-	

		<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p> <p><u>Die Versorgung (-sbereitschaft) und deren Finanzierung durch o.g. spezialisierten Einrichtungen ist seitens der verantwortlichen und</u></p>		<p>lichkeiten geschaffen werden, dass klinische Fachleute auch in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen konsiliarisch Tätig sein können und dies finanziert wird. Die Bereitschaft dazu ist vorhanden.</p> <p>Hier sind am ehesten spezialisierte stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen wie in unserem, dem Antrag beigefügten, Konzept denkbar. Wenn Einrichtungen personell und geräte-technisch entsprechend ausgestattet sind, eine Kooperation mit Fachärztinnen/Fachärzten sicherstellen können und diese auch finanziert wird, könnten sie helfen, trotz bestehenden Engpässen seitens klinischer Weaningbetten, die Versorgung und Förderung der betroffenen Menschen</p>	
--	--	--	--	--	--

			<u>die Leistung genehmigen- den Kostenträger für die be- troffenen Menschen sicher- zustellen.</u>		sicherzustellen. Vorausset- zung aus unserer Sicht ist ebenso ein funktionieren- des und entscheidungsfä- higes Casemanagement seitens des jeweils zustän- digen Kostenträger.	
§ 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.			
			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>(4) bzw. (5)</p> <p>¹Voraussetzung 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>Eine Hilfsmittelversorgung wird durch die Kostenträger sehr unterschiedlich und manchmal fachlich wenig nachvollziehbar entschieden. Auch Hinweise auf negativen Auswirkungen der Gesundheitsentwicklung der betroffenen Menschen haben keine Auswirkung auf die Entscheidung.</p> <p>Die Formulierung der PatV. sollte übernommen werden.</p>	
			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p>			

		<p>oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</p> <hr/> <p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>²Im Rahmen der Verordnung sind neben der pflegerischen und medikamentösen Behandlung insbesondere auch Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer sowie die Optimierung der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen <u>und durch die verantwortlichen Kostenträger abzusichern.</u></p>	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>¹Vor 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.</p> <p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>²Dies umfasst auch die Prüfung / Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung.</p> <p>³Die Erhebung dient zudem dazu, Möglichkeiten der Therapieoptimierung zu prüfen und ggf. umzusetzen.</p>	<p>Aktuell ist schon die Suche nach betreuenden Hausärzten sehr schwierig. Fachärzte wie Pulmologen, Neurologen, Orthopäden, Anästhesisten etc. die Hausbesuche in intensivpflege Einrichtungen machen, die geforderte Fachlichkeit und Untersuchungsmethoden für den Einsatz vor Ort besitzen sind eher selten. Hier müssen den geforderten Leistungen auch entsprechende Ressourcen und die von den (Fach-)Ärztinnen und Fachärzten geforderten finanziellen Ausgleich für Ausfallzeiten in den Praxen zur Verfügung stehen. Auch die gerätetechnische Ausstattung muss dauerhaft finanziert sein.</p>

		<p>⁴Die Erhebung nach Satz 1 darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein. [GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.]</p> <p>5 oder 6 Insbesondere wird die Therapieadhärenz beurteilt und bei festgestelltem Potenzial die Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungsstrategie festgelegt und ggf. angepasst.</p> <p>6 oder 7 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.</p> <p>7 oder 8 Die Erhebung nach Satz 1 kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden.</p> <p>8 oder 9 Mindestens einmal jährlich muss diese jedoch unmittelbar persönlich erfolgen.</p>	
--	--	--	--

			<p>9 oder 10 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.</p> <p><u>Alle o.g. Leistungen sind durch die verantwortlichen Stellen für die betroffenen Menschen sicherzustellen. Die verordnende Vertragsärztin, der verordnende Vertragsarzt erhält alle für die Erhebung notwendigen Ressourcen (z.B. BGA, transkutane CO2 Messung).</u></p>			
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5	<p>GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.</p> <p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] <u>Die o.g. Leistungen sind durch die verantwortlichen Stellen (Kostenträger) für die betroffenen Menschen sicherzustellen.</u></p>		<p>Es sollten auch Untersuchungen wie BGA und transkutane CO² Messung in den spezialisierten Einrichtungen angeboten/finanziert werden können. Gerade die transcutane CO² Messung stellt eine gute Verlaufskontrolle dar und ist wegen der nicht notwendigen invasiven Probengewinnung auch für die Nachtstunden ideal. (z.B. Kontrolle einer möglichen CO² Narkose)</p>	

§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>
<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p><u>Gleiches gilt für Menschen im Wachkoma mit einem jahrelangen Krankheitsverlauf ohne Dekanülierungspotenzial oder bei bereits verschlossenem Tracheostoma ohne Entwicklungspotenzial bei weiterhin bestehender Schluckstörung.</u></p>			
§ 3	Absatz 6 bzw. 7	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>1. a) durch Bestimmung des Peek-Cought-Flow</p> <p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>2. Die für die Erhebungen notwendigen Messverfahren werden den Einrichtungen durch die verantwortlichen Kostenträger vergütet. Hier ist zudem eine Ver-</p>	<p>Wie soll die hier geforderte Leistung des Hustenstoßes valide ermittelt werden um evtl. Grundlage einer Finanzierung weiterer Intensivpflege zu sein? In den Fachkliniken ist es hier eher eine fachliche Einschätzung der Ärztin/des Arztes.</p> <p>Die derzeit übliche, personenbezogene Verordnung von Hilfsmitteln o.Ä. ist, besonders im Bereich teurer Mess-</p>

			gütung anzustreben, die den Einsatz eines Messverfahrens für mehrere Bewohner*innen der Einrichtung ermöglicht.	verfahren und Geräte, neu zu regeln um nicht eine Vielzahl identischer personenbezogener Geräte in der Einrichtung zu haben. Hier wären wieder die in unserem Konzept beschriebenen Kompetenzzentren von Vorteil die neben der dann vorhandenen gerätetechnischen Ausstattung auch Fachkrankenpflegende mit 2-jähriger Weiterbildung Anästhesie/Intensivpflege in verantwortlichen Positionen haben.				
§ 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		
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] (6) bzw. (7)		Die Erhebung eines Sedierungsscores (DKG) sollte gestrichen werden			

		<p>Im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6] bei beatmeten Versicherten sind</p> <p>[PatV: sind insbesondere sollen]</p> <p>folgende Befunde zum Beatmungsstatus und zum Beatmungsentwöhnungspotenzial zu erheben:</p> <p>[PatV: zu erheben erhoben werden]:</p> <p>0-</p> <p>[PatV zusätzlich: Beatmungsindikation]</p> <p>1. Erhebung folgender Kriterien:</p> <p>a) Atemmechanik (z.B. Hustenstoß, Sekretion),</p> <p>b) Hämodynamischer Status (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz) sowie</p> <p>c) [DKG: Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation Sedation Scale)]</p> <p>[KBV, GKV-SV, PatV: Sedierungs- und Schmerzstatus];</p>		<p>Die Anwendung der Assessments muss sich am jeweiligen Krankheitsbild orientieren.</p> <p>Der Einsatz von Untersuchungsverfahren muss auch zuverlässig finanziert werden.</p> <p>Hier sollten spezialisierten stationäre Einrichtungen mit entsprechendem Konzept und Kooperation(-en) ausgestattet und finanziert werden um Engpässe bei klinischen Weaningplätzen auszugleichen. Es ist nicht das Ziel, außerklinisches Weaning zu etablieren, aus unserer Sicht ist es aber notwendig, Verläufe auch fachlich gut zu begleiten, zu dokumentieren und im Fachgespräch zu beraten. Nur so kann viel-</p>	
--	--	---	--	---	--

			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>EFA® Skala, ZOPA® Skala</p> <p>2. Beurteilung der NIV-Fähigkeit;</p> <p>3. Feststellung der Gasaustauschparameter (z.B. pO₂, pH, pCO₂, sO₂) mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO₂-Messung);</p> <p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>Die für die o.g. Untersuchungen und Erhebungen vom GbA geforderten Geräte und Materialien werden den Einrichtungen / den Versicherten / dem un-</p>		<p>leicht sichergestellt werden, einen möglichen guten Zeitpunkt für einen Entwöhnungsversuch in der außerklinischen Versorgung nicht zu verpassen und durch die gute Vernetzung die innerklinische Versorgung umgehend realisieren zu können.</p> <p>Bei der Auswahl der Assessments müssen diese auch für betroffene Menschen mit Einschränkungen der Wahrnehmungsfähigkeit, verringerter Hirnleistungsfähigkeit, erworbenen Hirnschäden und/oder Schwerst-/Mehrfachbehinderung einzusetzen sein. Hier ist z.B. die EVA-Skala oder die ZOPA Skala den vorgeschlagenen Assessments gleichzustellen.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

			<p>tersuchenden Vertragsarzt- durch die verantwortlichen Kostenträger zur Verfügung gestellt / finanziert.</p>		<p>Für die geforderten Untersuchungen und Befunderhebungen sind Geräte und Untersuchungsmaterialien notwendig. Diese müssen, wenn Untersuchungsergebnisse gefordert werden, zum Erlangen Selbiger auch finanziert werden. Der Vertragsarzt sollte mindestens ein BGA-Gerät sowie die notwendigen Untersuchungsmedien für die Untersuchungen der Versicherten finanziert bekommen/abrechnen können.</p>	
			<p>KBV, GKV-SV, PatV: 6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;</p>	<p>DKG: 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV</p>	<p>DKG</p>

				Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
			KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten			
			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p><u>...anhand vorliegender Fallbesprechungsprotokolle des multiprofessionellen Teams der versorgenden Einrichtung sowie der Situation des betroffenen Menschen angepassten Erhebungsassessments wie z.B. der EVA Skala.</u></p>	<p>Grundlage weiterer Entscheidungen sollten immer die Fallbesprechungen sein, an denen neben Arzt und Pflegenden auch Therapeuten teilgenommen haben und die einen kontinuierlichen Pflege- und Förderverlauf sowie nachvollziehbare Zielplanungen erkennen lassen. Zudem sollte das Casemanagement der Kostenträger an zumindest einer den Punkt betreffenden Fallbesprechung teilgenommen haben. Eine Entscheidung „nach Aktenlage“ ist bei der Tiefe der geforderten Daten seitens der Kostenträger nicht mehr ausreichend.</p> <p>Der Begriff der DKG „Feststellung“ lässt sich auf das Erleben und Leben eines Menschen nicht anwenden. Es sollte eher eine Verlaufsbeschreibung/-dokumentation als Grundlage für weitere Entscheidungen gewählt werden.</p>		
			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			
		[Alexianer Münster zu-sätzlich:] KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität	Die Erhebung der Lebensqualität erscheint nur in Einzelfällen möglich. Bei schwerst neurologisch eingeschränkten Menschen gelingt sie nicht valide und sollte deshalb empfohlen aber nicht gefordert werden.		
		PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] mit geeigneten <u>folgenden genehmigten und finanzierten</u> Verfahren: (Hier vom GbA eine Aufzählung der finanzierten und von den Prüfinstanzen genehmigten Verfahren einfügen)		Welche Verfahren können hier eingesetzt werden? Hier müssen seitens der Kostenträger Verfahren klar benannt werden, die genehmigt, finanziert und in den Einrichtungen angewendet werden können. Der GbA hat zu prüfen, ob die genehmigten und finanzierten Untersuchun-

						gen von den Prüfinstanzen (Kostenträger / MD) auch anerkannt sind.
§ 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).			
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] <u>...und dem mit dem Case-management des zuständigen Kostenträgers festgelegten Procederes.</u>		Auch hier sollte das Case-Management der Kostenträger eingebunden sein müssen.	
§ 3	Absatz 8 bzw. 9					Bitte der Version PatV folgen.
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	PatV: sollen [...] einbezogen werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]		Der Textvorschlag KBV, GKV-SV, DKG wirkt hier verbindlicher. Ein betroffener Mensch mit Dysphagie muss bei entsprechender Diagnosestellung sicher und dauerhaft intensivpflegerisch versorgt und gefördert werden	

			<p>[5 bzw. 6] bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten sind <u>insbesondere-Belange der Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschäden im sogenannten Wachkoma besonders zu berücksichtigen...</u></p>	<p>können und sich darauf auch langfristig verlassen können. Die Schluckdiagnostik bei betroffenen Menschen im Wachkoma gelingt in der Fläche nicht gut. Wenn der betroffene Mensch dafür über lange Fahrwege in die Klinik und / oder in eine fremde Umgebung gebracht werden muss, ist das Ergebnis der Untersuchung für die tatsächliche Lebenssituation nicht zu verwerten / entspricht das Ergebnis nicht den Ressourcen in der gewohnten Umgebung. Die Ärztin oder der Arzt können auf diese Menschen kaum eingehen. Es wird ein großer Aufwand ohne Nutzen betrieben und finanziert. Eine stationäre klinische Aufnahme verbessert die (Untersuchungs-) Situation nicht. Die Untersuchungen müssen in den betreffenden Einrichtungen im normalen Lebensumfeld der betroffenen Menschen angeboten werden können um für diese besondere Lebenssituation eine Aussage treffen zu können.</p>		
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren</p>	<p>PatV, DKG</p>	<p>KBV, GKV-SV</p>

			(z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
		DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
				Hier sollte den Ausführungen der DKG gefolgt werden.	
		KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität			
		KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
		[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] KBV, GKV-SV, PatV Eingabe streichen		[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] Die Erhebung der Lebensqualität erscheint nur in Einzelfällen möglich. Bei schwerst neurologisch eingeschränkten Menschen gelingt sie nicht valide und sollte deshalb empfohlen aber nicht gefordert werden. Zudem, welches Assessment kann Menschen mit schwersten Krankheitsverläufen und Bedarf an Intensivpflege abbilden und die darin beschriebene Situation mit der	

					Bezeichnung „Lebensqualität“ versehen. Hier würde eher wieder ein ressourcenraubendes Procedere entstehen welches gerade den betroffenen Menschen nicht nutzt. Ihre Situation hängt in erster Linie von den Möglichkeiten ab, die unser Gesundheitssystem ihnen für das Leben nach der Klinik real ermöglicht und finanziert.	
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] zu 10 bzw. 11: neurologische Befunderhebung			
§ 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.			
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] 9. [bzw. 11. bzw. 12.] <u>ggf.</u> Sitz der Trachealkanüle		Bitte „ggf.“ hinzufügen. Die Vorgaben müssen auch betroffene Menschen ohne Trachealkanüle einschließen.	
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte						
§ 4	Absatz 1		[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] 1. Innere Medizin / Pneumologie			
§ 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	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>in der Übergangsphase zum Erwachsenenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 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</p>	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		
		<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung</p>		<p>Es sollte für die verordnenden niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte möglich sein, konsiliarische Beratung bei</p>	

			teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte <u>auch konsiliarische Begleitung durch Fachärztinnen/Fachärzte in Anspruch nehmen und</u> außerklinische Intensivpflege verordnen		niedergelassenen Fachärzten und auch in Fachkliniken einholen zu können. Den Fachärzten und Kliniken sollte Dies, wenn erforderlich, entsprechend vergütet werden können.	
§ 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.		Aus der Erfahrung wäre hier anzumerken, dass die aufwändigeren Visiten in einer Einrichtung der außerklinischen Intensivpflege für den niedergelassenen Arzt durch die KV höher vergütet werden sollten. Unter den derzeit üblichen Voraussetzungen werden die niedergelassenen Ärzte die Versorgung eher ablehnen.	
§ 4	Absatz 2					
§ 4	Abs. 2	Satz 1	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte 1. für Innere Medizin und Pneumologie,			

			<p>2. für Innere Medizin und Kardiologie, 3. für Anästhesiologie, 4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.</p>		
					Welche Rolle spielt hier die genehmigende Stelle der Kostenträger? Muss weiterhin trotz Verordnung auf das schriftliche Einverständnis des Kostenträgers gewartet werden oder gilt nun die Fachexpertise des Arztes? Der genehmigte (Erst-)Versorgungszeitraum sollte dem Krankheitsbild/dem zu erwartenden Behandlungsverlauf zudem angepasst sein. Mindestens 6 Monate
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1			
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.		
§ 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,		
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie 4. Fachärztinnen/Fachärzte für innere Medizin/Pneumologie/Pulmologie		
		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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
					[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] Fachärztinnen/Fachärzte mit einer 9-monatigen Erfahrung auf einer... (sollte im Text PatV geändert werden.)

			PatV zusätzlich: , 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.			
					Punkt e. ist doch eine erhebliche Einschränkung der geforderten Fachlichkeit, verglichen mit den Anforderungen GKV-SV.	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen	KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>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>		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					Die fachliche Handlungskompetenz der betreuenden Vertragsärztinnen/Vertragsärzte muss durch die verantwortlichen Kostenträger überprüft und sichergestellt sein.
§ 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.
			<p>Wichtig erscheint hier, ein geeignetes (online-) Formular zu erstellen, mit dem die Vertragsärztin/der Vertragsarzt die umfangreichen Informationen lückenlos erfassen und ohne Fehler übermitteln kann.</p> <p>Eine Aufnahme in die Einrichtung der außerklinischen Intensivpflege erfolgt erst nach Vorlage des schriftlichen Einverständnisses seitens des zuständigen Kostenträgers.</p> <p>Das Entlassmanagement/der Sozialdienst/der Arzt der verlegenden Kliniken, hat oft nur einen knappen Zeitraum um die Nachversorgung zu organisieren. Hier sollte der Prozess zum einen klar und für <u>Alle</u> verbindlich und strukturiert sein damit die Verordnung nicht in den üblichen Genehmigungsschleifen stecken bleibt und so eine zeitnahe Übernahme durch die nachversorgende Pflegeeinrichtung verzögert.</p> <p>Zudem muss die Verordnungsdauer ausreichend lang bemessen sein damit der Folgeantrag nicht unmittelbar mit/auf den Erstantrag folgen muss, ohne das sich die verordnende Ärztin / der verordnende Arzt vor Ort ausreichend informieren konnte.</p> <p>Aktuell besteht ein enormer Dokumentationsaufwand, der in vielen Punkten der Statistik und der Bearbeitung des vorliegenden Formularwesens dient. Bedenken Sie</p>

				<p>bitte den zeitlichen Aufwand ohne echten Nutzen für den betroffenen Menschen dessen Lebenssituation nicht in Formularen erfasst werden kann. Es müssen qualifizierte Ärztinnen und Ärzte gefunden und deren Ressourcen erweitert werden, damit sie die Betreuung dieser Versicherten übernehmen können. Zu dokumentieren ob eine Trachealkanüle heute geblockt, und morgen ungeblockt ist ändert an der Versorgung (-snotwendigkeit) nichts. Das Ziel bleibt in diesem Beispiel immer die Dekanülierung. Das muss nicht in unterschiedlichen Assessments immer wieder erfasst und dokumentiert sowie in immer wiederkehrenden Formularen und Genehmigungsschleifen erwähnt werden.</p> <p>Hier sollten die verantwortlichen Kostenträger die Versorgung <u>vor Ort</u> prüfen und wenn zutreffend sofort für einen der Erkrankung/Versorgungssituation angemessenen Zeitraum genehmigen <u>müssen</u>.</p> <p>Z.B. wird ein Mensch der nach einem schweren SHT seit vielen Wochen in Klinik/Frühreha/Reha/spezialisierter Entwöhnungsstation nicht alleine Atmen kann und auf ein Beatmungsgerät angewiesen ist, nicht wenige Tage nach Verlegung in eine weiterversorgende Pflegeeinrichtung plötzlich genesen sein und alleine atmen. Hier sollte den verlegenden Fachärzten vertraut und entsprechend gehandelt werden.</p>
			DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	

§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4		
			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	
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] - Therapielimitation	Eine vorhandene Patientenverfügung oder der dokumentierte mutmaßliche Wille des betroffenen Menschen sollte berücksichtigt sein.
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4		[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] (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 schriftlich mit.	Grundlage für die außerklinische Intensivpflege ist immer die notwendige sofortige Interventionsbereitschaft. Sie liegt vor oder nicht. Hier entscheidet und verantwortet entweder der Arzt, der Intensivpflege verordnet und die Verordnung wird genehmigt oder es entscheidet und verantwortet die Krankenkasse. Hier sollte die Verantwortlichkeit für die Versorgung des betroffenen Menschen auch für eventuelle Klageverfahren klar auf eine Stelle bezogen und geregelt sein.
§ 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	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>(1) ¹Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat sich über <u>einen für die besondere Versorgungssituation des betroffenen Menschen angemessenen Zeitraum</u> über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. ²Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen <u>6 Monaten</u> nicht überschreiten.</p>	<p>Allein der Eingewöhnungsprozess der betroffenen Menschen dauert mehrere Wochen. Auch wenn ihm eindringlich erklärt wird, dass der zuständige Kostenträger fordert, umgehend mit der Bestimmung eines möglichen Entwöhnungspotentiales zu beginnen, ist die psychische und emotionale Erlebenssituation des betroffenen Menschen nicht einfach in den Hintergrund zu drängen. Vielen Langzeitintensivpatienten leiden möglicherweise auch unter einer PTBS. Allein das Erleben, dass die Hoffnung im Rahmen der Krankenhausbehandlung noch „gesund“ zu werden durch die Absage der Kostenübernahme und die Einweisung in eine Pflegeeinrichtung als unrealistisch erscheint, muss in der wei-</p>	

			<p>teren Betreuung auch Berücksichtigung finden. Der betroffene Mensch kann nicht auf seine Diagnose reduziert werden. Er erlebt sein Leben mit der Diagnose. Hier sollte für die weitere Versorgung eher das Signal gesetzt werden, dass die ausgesuchte Einrichtung und der weiterversorgende Arzt geprüft sind, eine gute Wahl darstellen und die Behandlung und Förderung langfristig gesichert ist.</p> <p>Ähnlich Menschen, die z.B nach Katastrophenereignissen rasche Hilfe, verlässliche Unterstützung und sichere Zusagen brauchen. Und nicht zig Seiten Versichertenunterlagen und Antragsformulare mit der Nachricht, dass Irgendwer nach einer Prüfung eventuell die nächsten Schritte einleiten wird.</p>
§ 6	Absatz 2		
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>
			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>Hier sind Anspruchsberechtigte erfasst, die sich über Jahre im gleichen Zustand ohne Verbesserungs- und Entwicklungspotenzial befinden.</p>

			³ Gleiches gilt für anspruchsberechtigte Versicherte ohne Altersbegrenzung, bei denen aktuell kein Verbesserungspotenzial der gesundheitlichen Situation besteht.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] <u>Am Versorgungsort bestehen die vom Kostenträger genehmigten Ressourcen. Hier sind Ausstattung und Finanzierung der geforderten Versorgung anzupassen.</u>		Hier erscheint es notwendig, im Dialog zwischen Leistungsanbietern und verantwortlichen Kostenträgern festzulegen welche Ressourcen vorgehalten werden müssen und deren Finanzierung sicherzustellen. Aus unserer Sicht sind die BGA und vor Allem die transkutane CO ² -Messung Verfahren, die in spezialisierten Einrichtungen vorgehalten	

					und z.B. über die Investitionskosten oder Dauerverordnungen auch refinanziert werden sollten.	
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 7	Absatz 1		<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p><i>... für einen Zeitraum von 21 Kalendertagen...</i></p> <p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>Es gilt zudem das freie Wahlrecht der/des Versicherten unter allen durch die verantwortlichen Kostenträger <u>qualifizierten</u> Leistungsanbietern.</p>			
§ 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		<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>4) ¹Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wurde, hat dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, <u>das Casemanagement der zuständigen</u> die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren, <u>welches das weitere Procedere anhand der Zielvereinbarungen bearbeitet und entscheidet.</u></p>		<p>Hier sollte den Forderungen der Kostenträger entsprechend deren eigenes Casemanagement eingesetzt werden müssen, welches auf Basis der im Rahmen des Entlassprozesses erhobenen Daten auch die weiteren Verordnungen außerklinischer Intensivpflege beim ersten Klinikbesuch erfasst, bearbeitet, verantwortet und ggf. sofort genehmigt. Die Verlegung kann und soll nur mit einer bewilligten und finanzierten Verordnung erfolgen da dies die Regelungen der Kostenträger so vorschreiben. Somit sollten auch sie, wie alle am Prozess Beteiligten, an die zügige Bearbeitung des eigenen Verantwortungsbereiches gebunden sein.</p>
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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 ver-</p>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p> <p>PatV:</p> <p>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 vertrags-</p>

			<p>Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.</p>	<p>tragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		<p>ärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.atV</p>
			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>Die verantwortlichen Kostenträger setzen für den Prozess besonders geschultes Fachpersonal / Case-Manager*innen ein.</p>	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>²Bei <u>Vor</u> Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der <u>und durch das Casemanagement der</u> 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>		<p><u>Vor</u> der Entlassung aus dem Krankenhaus muss die Weiterversorgung sicher geregelt sein. Das ist dann ein den gesamten Forderungen angemessenes Vorgehen.</p>
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV: Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	<p>DKG: Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>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>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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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,</p>			

			stimmen sich die oder der Versicherte, das Krankenhaus sowie die Krankenkasse gemeinsam über das weitere Vorgehen ab.			
			Der Prozess sollte dahingehend verbessert werden, dass die aufwändigen Antrags- und Genehmigungsprozesse verschlankt werden. Den Krankenkassen sollten Einrichtungen und Kapazitäten der Leistungserbringer nach 132l Absatz 8 SGB V bekannt sein. Dem anfragenden Krankenhaus kann durch die Krankenkasse / Casemanagement der Kostenträger ein Versorgungsvorschlag gemacht werden der auch genehmigungsfähig ist/in diesem Zuge genehmigt ist.			
§ 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.			
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] ⁷ Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt , geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen <u>benennt</u> .	Hier sollten seitens der Krankenkasse den verlegenden Krankenhäusern/Rehakliniken genehmigungsfähige und finanzierte Vorschläge gemacht werden können. Bei der Vielzahl der Vorgaben seitens der Krankenkassen muss auch von deren Seite adäquat unterstützt werden.		
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der au-	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			ßerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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		[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] Die Zeiträume der Organisation müssen realistisch geplant sein, die getroffenen (Anschluss-)Verordnungen müssen die kommenden Wochen abdecken bis eine genaue Einschätzung und Planung der weiteren Verordnungen getroffen werden können.			
§ 7	Absatz 7					
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 8	Absatz 1		[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]			

			Eine Aufnahme / die Zusage eines Platzes durch die weiterversorgende außerklinische Intensivpflege-Einrichtung ist erst nach schriftlicher Kostenzusage der Krankenkasse möglich.			
§ 8	Absatz 2		[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] Der Genehmigungsprozess berücksichtigt das vorliegende Krankheitsbild, die in den Zielvereinbarungen festgelegten Prozessschritte und den zu erwartenden Genesungsverlauf um die Dauer des Genehmigungsprozesses zu verkürzen und die Dauer des Verordnungszeitraumes an den zu erwartenden Verlauf realistisch anzupassen.			
§ 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		[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] 7. [bzw. 9.] die Bewertung von Vitalparametern		Ein Herz-Kreislaufmonitoring (i.d.R. wegen aufwändiger invasiver Messverfahren nur innerklinisch)	

			(bspw. Herz-Kreislauf-Monitoring), (bspw. Blutdruck, Puls)		möglich) oder die Bewertung von Vitalparametern sind unterschiedlich. Hier sollte Vitalparameter gestrichen und Blutdruck/Puls als Möglichkeit in der außerklinischen Versorgung vorgeschlagen werden.	
§ 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.			
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] PatV zusätzlich: ²Umfasst sind auch pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität in dem		Im Rahmen der stationären Versorgung sind diese grundpflegerischen Tätigkeiten eingeschlossen. Leistungen der Grundpflege sollten nicht zur Behandlungspflege werden. Im Zuge der Richtlinienerstellung sollte	

			<p>Um fang, 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.</p>	<p>ein finanziertes intensivpflegerisches Gesamtkonzept aller erforderlichen Leistungen entstehen.</p> <p>Allgemein ist zu beachten, dass gem. GKV-IPReG der Versorgungsumfang einer HKP Verordnung unstrittig ist. In den aktuellen Versorgungsverträgen wird ein Anteil aber über SGB XI vergütet. Diese Vergütung schließt vertraglich auch den Einsatz von Hilfspersonal ein, was einer 100% Fachkraftquote entgegensteht. Hier ist die 100% Fachkraftquote für die AIP auch im Rahmen der SGB XI Leistungen festzulegen. Alternativ könnte ein Versorgungsvertrag SGB V festgelegt werden, der Anteil der Pflegekasse wird kassenintern verrechnet.</p>
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4	<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an ausgebildete Atmungstherapeuten DGP verordnet werden.</p>	<p>Hier sollte auf die speziell geschulten Fachleute zurückgegriffen werden dürfen. Sie können den niedergelassenen Vertragsarzt durch ihre fundierte Ausbildung sicherlich fachlich gut ergänzen.</p>	
§ 9	Absatz 5			
			<p>PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern</p>	

§ 9	Abs. 5	Satz 1	[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] Satz 2 streichen		Es gibt keine belastbare Definition von „ stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur“.	
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versor-</p>	<p>„GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die können An- und Zugehörigen der oder des Versicherten einzubeziehen bezogen werden. Sie können eigenverantwortlich ihre Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten ein-</p>	<p>PatV</p>

			<p>gungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>	<p>bringen, soweit dies im Einzelfall möglich und erwünscht ist.“</p>	
				<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>„GKV-SV, KBV, DKG: 1Der 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. 3Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die können An- und Zugehörigen der oder des Versicherten ein-</p>	<p>Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers ist vertraglich festgelegt. Hier sollte keine generelle oder wie im beschriebenen Szenario an eventuelle Leistungen von Zugehörigen ständig wechselnden Verminderungen oder wieder Erweiterungen der zu erbringenden Leistungen erfolgen. Die Rolle der Zugehörigen sollte hier einen anderen, ihnen angemessenen Schwerpunkt bekommen. (Familie) Zudem erfolgt eine stationäre Aufnahme nicht</p>

					<p>zubeziehen bezogen werden. Sie können eigenverantwortlich ihre Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten einbringen, soweit dies im Einzelfall möglich und erwünscht ist.</p> <p>“Hier sollte eine klare Trennung zwischen verordneter fachlich notwendiger Intensivpflege durch Pflegefachkräfte und der Betreuung durch Zugehörige erfolgen. Sie können die Pflegefachkräfte in der Einrichtung nicht ersetzen da die Vorgaben der durch die Einrichtung zu erbringenden Leistungen vorgegeben und an bestimmte Personengruppen gebunden ist.</p>	<p>Grundlos. Wenn das Case-Management der Kostenträger eine adäquate Versorgungsmöglichkeit mit gleicher Fachlichkeit, Therapiedichte, Vernetzung und Arzt-/Facharzthausbesuchen im häuslichen Umfeld gefunden hat kann hier entsprechend entschieden werden.</p>
§ 9	Absatz 7	[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]			Generell gilt:	

		...und der mit dem Leistungserbringer getroffene Versorgungsvertrag endet nach einer Übergangsfrist von 6 Monaten.	§ 37 c Absatz 3 Satz 2: Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für <u>sechs Monate</u> weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches festgestellt ist. Danach sollte klar geregelt und kommuniziert sein, dass nach Entfall der Genehmigung außerklinischer Intensivpflege der Kostenträger, das Casemanagement des Kostenträgers eine neue/weiterführende Versorgungsform für den betroffenen Menschen findet.			
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre	KBV, DKG, PatV	GKV-SV Hier den Satz erweitern: „Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die <u>medizinisch fachliche</u> Verantwortung für die außerklinische...

				und sektorenübergreifende Koordination einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		.
				[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] Absatz streichen		[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] Die verordnende Vertragsärztin/der verordnende Vertragsarzt hat keinen Einfluss auf den Genehmigungsprozess der Kostenträger. Er ist Antragsteller im Sinne und zur Wohle des betroffenen Menschen. Die Verantwortung ob die Behandlung/Versorgung wie vom Arzt fachlich als notwendig eingeschätzt und verordnet auch tatsächlich erfolgt liegt somit beim Kostenträger der die

						Versorgung schriftlich genehmigt oder ablehnt
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
						Finanzierung der Leistungen durch wen?
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:] streichen einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen		Gespräche mit Zugehörigen und Fallbesprechungen im Rahmen der Einrichtung finden getrennt voneinander statt. In der nach GKV-IPReG strukturierten stationären Intensivpflege ist es Aufgabe der Bezugspflegerinnen die Zugehörigen entsprechend einzubeziehen. Hier erscheint es wichtiger nicht die Tätigkeit zu benennen sondern die (zeitlichen) Ressourcen für die Einrichtung sicherzustellen, sowie den Einrichtungen einen klaren Überleitungsprozess (zurück) ins häusliche Umfeld zu ermöglichen.	
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10		Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV:	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

	Abs. 5 bzw. 6		<p>¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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.</p> <p>²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen.</p> <p>³Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>¹Eine 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.</p> <p>²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen.</p> <p>³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im</p>		
--	------------------	--	---	---	--	--

				Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
			<p>[Alexianer Münster GmbH zusätzlich:]</p> <p>(6) oder (7) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert den Leistungserbringer nach § 132i SGB V über neue pflegerrelevante Befunde.</p>		<p>Absatz 6 oder 7 streichen: Woher haben der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin neue pflegerrelevante Befunde und warum legen diese dann Ziele und Maßnahmen der Pflege fest? Ist dies nicht Aufgabe der Pflege? Die Pflege hat (vermutlich) diese Befunde bereits erhoben und weitergeleitet. Siehe Pflegeberufegesetz und die dort festgehaltenen Vorbehaltsaufgaben. Erweiternd die durch MD und Kontrollbehörden vorgegebenen umfangreichen Vorgaben der Pflegedokumentation.</p>	

					ebenso ist das Casemanagement der verantwortlichen Kostenträger betroffen.	
§ 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			An einigen Stellen besonders im Rahmen der beschriebenen Rückzugspflege sollte beachtet werden, dass die Versorgung im Rahmen des GKV-IPReG evtl. im stationären Versorgungssetting erfolgt. Hier sind mehr als genug Rahmenbedingungen vorhanden.			

Aspekte Ihrer Stellungnahme.

Der Personalschlüssel in für die Beatmungsentwöhnung spezialisierten Einrichtungen muss auf tagesdurchschnittlich 1:3 festgelegt sein, die Fachkraftquote muss bei 100% liegen, der derzeit etablierte Kurs „außerklinische Intensivpflege“ der DiGAB mit 120h sollte als notwendige Weiterbildung Grundvoraussetzung sein. Die derzeit laufenden Versorgungsverträge sollten dies berücksichtigen. (Fachkraftquote)

Hier sind die Regelungen im SGB XI anzupassen, in denen ein Anteil an Pflegehilfskräften gefordert wird. Diese Regelung sollte für Einrichtungen nach der neuen AKI-Richtlinie entfallen. Grund ist das Bezugspflegemodell. Wenn rechnerisch die Fachkraft ihre Dienstzeit gemäß Stellenanteil beendet übernimmt die Hilfskraft die Versorgung der betroffenen Menschen, was auf Grund der geforderten Fachkraftquote / Interventionsbereitschaft nicht sein kann und darf.

Ein zu bearbeitender Punkt ist das weiterhin aufwändige und zu häufig durchzuführende Genehmigungsprozedere der verordneten Leistungen durch viele Instanzen sowie der Mangel an direkt an Überleitungsprozessen und im weiteren Versorgungsverlauf kontinuierlich beteiligte Mitarbeiter*innen der die Versorgung genehmigenden Kostenträger.

Deshalb würden wir uns wünschen, entsprechend dem unserem, dem Antrag zur Stellungnahmeberechtigung beigefügten Konzept, die Etablierung spezieller Pflegebereiche die mit Fachbereichen / Case-Management der Kostenträger eng vernetzt sind und zudem (von den Kostenträgern bei Bedarf auch vergütete) Kooperationen mit Fachärzten und Kliniken anbieten. Hier wird der klinische Behandlungspfad des betroffenen Menschen um die spezialisierte pflegerische Nachsorge anhand vorliegender Zielplanungen ergänzt. Umfang und Zeiträume sind der Versorgungssituation und der Zielplanung entsprechend zu definieren. Ziel sollte immer sein, den Entwöhnungsprozess der in der Klinik nicht gelungen ist, in spezialisierten Einrichtungen in einem schützenden Wohnumfeld im Blick zu haben und ggf. konsequent weiterführen zu können.

Erweiternd sind, für die Situation nach erfolgreicher Dekanülierung, nachsorgende Strukturen zu schaffen um die betroffenen Menschen versorgen zu können die auf Grund der hochgradigen Dysphagie und/oder ihrem schlecht

regulierten Muskeltonus zur weiteren Sicherung ihrer Gesundheitsentwicklung auf spezielle Pflegeangebote angewiesen sind, und für deren Versorgungsbedarf die o.g. Einrichtungen der AIP nicht mehr notwendig sind/nicht mehr vergütet werden.

Positiv wäre, wenn nicht das Vorhandensein einer Trachealkanüle und die damit verbundenen Absaugfrequenzen nach Aktenlage geprüft werden und Basis von Genehmigungen sind, sondern der betroffene Mensch in seiner Situation eingeschätzt wird und für einen angemessen definierten Zeitraum die Förderung erhält die tatsächlich notwendig ist, notwendig erscheint und in den Zielvereinbarungen festgelegt wurde.

Die Regelungen der Kostenträger sollten auch die Versorgung von Menschen mit extrakorporalen Verfahren berücksichtigen.

Aus den bestehenden Anfrage von Menschen mit haematologischen Krankheitsbildern / nach KMT sollte auch hier in den spezialisierten Einrichtungen die Kooperation mit niedergelassenen Haematologen / haematologischen Ambulanzen in Kliniken möglich und entsprechend vergütet sein.

Ein wichtiger Punkt ist die Abwesenheitsregelung und deren Finanzierung. Ein gutes Beispiel für eine Lösung stellt der Landesrahmenvertrag-LS-MV dar. Hier werden der Verlegungstag und der Wiederaufnahmetag als 1 Abwesenheitstag gerechnet und bis zu 3 Tagen Abwesenheit nicht mit einer Kürzung der Vergütung berechnet. So können die zahlreichen geforderten Untersuchungen in besonderen klinischen Einrichtungen der Beatmungsentwöhnung ohne finanzielle Nachteile für die Einrichtung AIP geplant werden. Bei einer guten Vernetzung mit der untersuchenden Lungen-Fachklinik ist es möglich, durch das eigene Case-Management die Termine so abzusprechen, das ein Bewohner morgens in die Klinik verlegt wird und zeitnah mit den Untersuchungen begonnen wird. Wenn nun 3 Tage für Untersuchungen zur Verfügung stehen, können alle notwendigen Untersuchungen, Verordnungen oder Veränderungen an Geräteeinstellungen oder Medikation geprüft, besprochen und vor der Rückverlegung mit der Pflegeeinrichtung ausführlich kommuniziert werden. So entsteht eine qualitativ und fachlich hochwertige vernetzte Versorgung. Diese Regelung sollte Zahlungen aus SGB XI und SGB V umfassen.

Für längere Abwesenheiten, z.B. operative Eingriffe oder Behandlungen bei Veränderungen des Gesundheitszustandes sollte in den spezialisierten Einrichtungen der AIP für Zahlungen aus SGB XI und SGB V die „75% Regelung“ gelten, also das 25% der Vergütung bei Abwesenheit gekürzt werden um die Einrichtungen und ihr Leistungspotential finanziell abzusichern und nicht den Druck zu schaffen, dass Bewohner spät in die Klinik verlegt werden.

Bei den zahlreichen geforderten Überprüfungen wächst der Zweifel, ob die Kostenträger hier ausreichende personelle Ressourcen zur Verfügung stellen können. Der Medizinische Dienst kann diese Aufgabe sicher nicht übernehmen da das Fallmanagement und die geforderten Zielvereinbarungsgespräche andere Qualifikationen benötigen. Fallferne Entscheidungen nach Aktenlage oder jährliche Kontrollbesuche nach Prüfbuch erscheinen hier nicht zielführend.

Die geforderte Versorgung durch (besonders) qualifizierte Vertrags(-fach)Ärztinnen und –Ärzte die alle geforderten Punkte nachweislich abgearbeitet haben erscheint unrealistisch. Derzeit ist die Versorgung durch eine niedergelassene Hausärztin / einen niedergelassenen Hausarzt durch die hohe Auslastung der Praxen schon schwer zu realisieren.

Auch die geforderte Vielzahl und sofortige Verfügbarkeit der spezialisierten klinischen Intensivplätze zur Prüfung eines möglichen Entwöhnungspotentials sind eher nicht verfügbar.

In einer Veröffentlichung von Thieme online:

Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)

Gesundheitswesen. 2020 Sep; 82(08-09): 729–739. Published online 2020 Jul 10. German. doi: 10.1055/a-1164-6516 PMID: PMC7518336 PMID: 32650350

Qualität der Versorgung beatmeter Menschen in der außerstationären Intensivpflege in Deutschland: Ein Scoping Review

Hanna Klingshirn,1 Laura Gerken,1 Peter Heuschmann,2,3,4 Kirsten Haas,2 Martha Schutzmeier,2 Lilly Brandstetter,2 Stephanie Stangl,2 Thomas Wurmb,5 Maximilian Kippnich,5 and Bernd Reuschenbach1*

wird in einer Hochrechnung von 15.000 beatmeten Menschen in der außerklinischen Versorgung gesprochen. Die echten Fallzahlen werden höher vermutet. Wenn jeder dieser Menschen pro Jahr 3 Tage in eine spezialisierte Einrichtung zur Erhebung des Entwöhnungspotentiales muss, sprechen wir von 45000 intensivmedizinischen Behandlungstagen die, auf Grund der Planungsprobleme dann nicht in jedem Fall auch noch situationsbezogen an den betroffenen Menschen angepasst, eher mit fraglichem Nutzen durchgeführt werden. Zudem entstehen erhebliche (zusätzliche) Kosten. Dieses Geld sollte in gute Ausstattung und Konzepte hochwertiger außerklinischer Versorgung mit klinischen Kooperationen investiert werden. Eingeschlossen immer das Casemanagement der Kostenträger zur fortlaufenden Anpassung der Zielvereinbarung.

Bei den knappen Ressourcen an Pflegefachkräften, zudem noch mit Intensiverfahrung und – weiterbildung, erscheint uns das Konzept einer stationären Versorgung in Wohngemeinschaften mit einem Schlüssel von 1:3 angemessen und sollte nicht unterschritten werden

Anhang Behandlungsplan Abschnitt 2

Bei Menschen im Wachkoma bietet sich das Arbeiten mit Assessments an. Beginnend mit der Skala Early Functional Abilities (EFA), bei Verbesserungen SINGER (Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation). Zur Schmerzerfassung die ZOPA® -Skala.

§ 3 Abs. 7 oder 8

Die Finanzierung der telemedizinischen Infrastruktur bitte in der Richtlinie Art und Umfang der geforderten Maßnahmen genau beschreiben und deren Finanzierung (z.B. im Rahmen der Investkosten) dann sicherstellen. Es darf nicht eine auf ein mögliches Genehmigungsprocedere reduzierte Ideensammlung bleiben.

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 B

Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

INTENSIVkinder zuhause e.V.	<p>Gemäß § 37 c Abs. 1, Satz 8 SGB V sind Richtlinien gem. § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kindes- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt „getrennt“ von volljährigen Versicherten zu regeln. Das ist hier nicht der Fall.</p> <p>mit  gekennzeichnete Kommentare weisen auf mangelhafte Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, von jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kindes- und Jugendalters weiter besteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, hin</p> <p>Die Eigengesetzlichkeit des Kindes- u. Jugendalters ist seit mehr als einhundert Jahren Grundlage der wissenschaftlichen Pädiatrie.</p>
-----------------------------	--

Intensivpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die bereits mit der Geburt oder im Kindes-oder Jugendalter schwerwiegende chronische Erkrankungen und Behinderungen erworben haben, entwickeln sich unter und mit deren Folgen anders, als gesunde Individuen und haben häufig zeitlebens spezielle Versorgungsbedarfe.

Mit der Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention 1992, wurden die besonderen Bedürfnisse von Kindern im geltenden Recht berücksichtigt und das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit anerkannt.

Die Versorgung mit AKI muss die Integration in die Gruppe Gleichaltriger sowie eine normale Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterstützen, was die Möglichkeit des Aufenthaltes in allen alterstypischen Lebens- und Erfahrungsräumen einschließt.

Um eine Gleichbehandlung wesentlich ungleicher Vergleichsgruppen zu vermeiden und um die, unter dem besonderen Schutz des Staates stehenden Belange von Kindern und Jugendlichen und Familien, zu würdigen, hatte der G-BA dem gesetzgeberischen Auftrag nachzukommen, in den Richtlinie jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18.LJ, für junge Volljährige bei denen ein Krankheitsbild des Kindes-und Jugendalters fortbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kindes-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 in Hinblick auf die außerklinische Intensivpflege zu bestimmen.

Der G-BA als untergesetzlicher Normgeber und Gestalter der Gesundheitspolitik regelt in der AKI- RL die Belange von chronisch kranken, häufig mehrfach behinderten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (und deren Familien) mit hoher Intensität: Daher sind unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Kindern, Heranwachsenden und seit dem Kindesalter chronisch komplex-erkrankten Erwachsenen im Unterschied zu anderen Patientengruppen deutlich andere Maßstäbe anzulegen

Die jungen Patienten befinden sich mit den Folgen ihrer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und Behinderung in der Lern-und Entwicklungsphase. Unter der Berücksichtigung altersspezifischer, psychosozialer Bedürfnisse sowie heterogener und häufig seltenen Grunderkrankungen, Begleiterkrankungen

und Therapieverläufe sowie altersspezifischer Lebenssachverhalte, sind gesundheitspolitische Normsetzungen, wie in dieser Richtlinie, nicht von Erwachsenen auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Erkrankungen, die seit dem Kindesalter bestehen und die sich weitgehend der Standardisierbarkeit entziehen, übertragbar.

Die vom G-BA in Auftrag gegebene Leitlinienrecherche: „Entwöhnung von einer Beatmung bzw. Entfernung der Trachealkanüle“ zeigt für diese spezielle Patientengruppe keine oder eine lediglich schwache Evidenz in fast allen Studien bezüglich standardisierter Therapieschemata und eines strukturierter Weaning- und Dekanülierungsprozesse.

Bei gleichbleibend geringen Fallzahlen lässt die Studienlage hier keine evidenzbasierten Konsequenzen für prolongiertes Weaning und Dekanülierung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Erkrankungen, die im Kindesalter begonnen haben, erkennen. Die Zeiträume, innerhalb derer Fortschritte erzielt werden können, um die es zu ringen lohnt, müssen schon aufgrund individueller Entwicklungs- und Wachstumsprozesse weiter gefasst werden als bei akut erkrankten Erwachsenen oder geriatrischen Patienten nach Aufenthalt auf einer Intensivstation.

Die heterogenen Erkrankungsverläufe bei häufig seltenen Grunderkrankungen, sind auf komplexe und vielfältige Weise mit der körperlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung der Patientengruppe assoziiert.

Für diese Gruppe, so die Schlussfolgerung, muss hochgradig individuell vorgegangen werden. Eine OPERATIONALISIERUNG wie in dieser Richtlinie, ist für diese Patientengruppe weder fach- noch sachgerecht. Im Gegenteil -es besteht die Gefahr von Fehlbehandlungen und Unterversorgung chronisch schwer erkrankter Kinder, jugendlicher und junger Erwachsener.

Eine zahlenmäßige Expansion dieser Patientengruppe ist nicht statistisch evident. (siehe: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 118, Heft 23, 11.06.2021, S 403, f mit Grafik zur Altersstruktur, S. 404)

Die ambulante ärztliche und pflegerische Versorgung dieser überwiegend ambulant versorgten jungen Patientengruppe, ist nicht vor allem durch Fehlanreize oder Fehlversorgungen, sondern vielmehr durch strukturelle Unterversorgung gekennzeichnet. Spezialisierte Pädiatrische Beatmungszentren /neurologische Frührehabilitationseinrichtungen, sind kaum vorhanden und bis heute nicht zertifiziert. Gleiches gilt

für ebenso wenige pädiatrische Intensivstationen, mit Erfahrung in teilhabeorientierter pädiatrischer außerklinischer Langzeitbeatmung und Trachealkanülen Versorgung.

Es handelt sich um einen speziellen Personenkreis mit speziellen Anforderungen an eine angemessene Infrastruktur, angemessene technische Ausstattung sowie spezielle Personalschlüssel und vor allem, an eine spezielle, langjährige ärztliche, fachpflegerische und sozialpädiatrische Expertise.

Berücksichtigt werden müssen weiterhin, besondere strukturelle Rahmenbedingungen wie ökonomische Strukturvorgaben in der Pädiatrie und psychosozialer Erfordernisse wie der Möglichkeit der Mitaufnahme der Eltern oder einer Begleitperson aus medizinischer Indikation.

Die ärztliche Behandlung (komplexer) Erkrankungen und Begleiterkrankungen muss immer leitliniengerecht erfolgen.

Da beatmungspflichtige und trachealkanülierte Versicherte in Kliniken zur der am höchsten gefährdeten Patientengruppe zählen, ist eine konsequente Ambulantisierung der Versorgung langzeitbeatmeter und trachealkanülierter, sowie aus anderen Gründen intensivpflegebedürftiger Patienten und Patientinnen, unter Etablierung telemedizinischer Strukturen zu fordern. Für deren Einsatz sind bei vorhandenem Know-how, die personellen und die Vergütung betreffenden Voraussetzungen zu schaffen.

Die pädiatrische Versorgungslandschaft ist weitgehend nicht am Bedarf dieser speziellen Gruppe innerhalb der chronisch kranken und behinderten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgerichtet. Sie ist vielerorts regelhaft nicht sichergestellt und steht klinischerseits immer unter dem Vorbehalt der Bettensperrung aus Gründen des Fachpflegemangels.

Die Ermittlung des individuellen Bedarfs an der Verordnung von AKI, darf nicht auf eine Bewertung des Entwöhnungspotentials beschränkt werden, sondern muss sich an der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO – ICF 2005) orientieren. Gesundheit nach ICF bedeutet die Integrität der körperlichen Funktionen, Aktivitäten, individueller Leistungsfähigkeiten sowie Fähigkeiten und Möglichkeiten der sozialen Teilhabe.

	<p>Bei Patienten und Patientinnen, die seit der Geburt oder im Laufe der Kindesalters schwerwiegend, chronisch und komplex erkranken und mit einer medizinisch indizierten Kanülenversorgung und oder Beatmungstherapie versorgt werden müssen, ist es Fach- und sachgerecht, auch den Hilfsmittelcharakter dieser Therapien in den Blick zu nehmen und zu würdigen, dass diese den jungen Patienten weit mehr ermöglicht als das pure Überleben - nämlich die Entwicklung all ihrer Potenziale, die altersgerechte soziale und gesellschaftliche Teilhabe sowie einen Platz in der Gesellschaft.</p> <p>Junge Menschen, die sich in der Entwicklung befinden, haben einen Anspruch auf komplexe stets leitliniengerechte Behandlung gemäß ihrer Grunderkrankung und deren gesundheitsbezogenen Folgen sowie einen individuellen Förderanspruch zur Entwicklung ihrer physischen, kognitiven und psychischen Potenziale. Der Prävention kommt in dieser Patientengruppe eine außerordentlich gewichtige Rolle bezüglich der Vermeidung sozialer, kognitiver und emotionaler Entwicklungsstörungen und Spätfolgen zu.</p> <p>Der umfassender Rehabilitationsanspruch zielt wesentlich auf größtmögliche Autonomie, Teilhabe und die (Wieder) Eingliederung in Kita, Schule, Ausbildung, Werkstatt und Beruf. Der Anspruch auf medizinische Rehabilitation darf nicht durch Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege eingeschränkt werden. Bei Kindern und Jugendlichen, ist bei Überleitung in die ambulante Versorgung regelhaft die Sozialmedizinische Nachsorge zu verordnen und nach Prüfung der Anspruchsvoraussetzung von den Krankenkassen zu bewilligen. Die sozialmedizinische Nachsorge stellt sicher, dass qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Kind und seine Familie von der stationären Behandlung oder Rehabilitation ab begleiten und einen reibungslosen Übergang in die häusliche Pflege und die ambulante Behandlung ermöglichen. → https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_43.html</p>	
	18.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Wichtig: Der § 37 wird mit dem neuen Gesetz nicht außer Kraft gesetzt. § 37c ist ein Aufbautatbestand, das heißt außerklinische

<p>Präambel</p>	<p>AKI (§37c SGB V) ist ein Aufbautatbestand zur HKP (§37 SGB V) AKI und HKP sind aufeinander abzustimmen. Die Verordnung von AKI setzt stets die Abstimmung mit Maßnahmen voraus, die nach der HKP-RL verordnet werden können. Ab 31.10.2023 gilt: „Der Anspruch nach Satz 1 [des § 37 Absatz 2 SGB V, häusliche Krankenpflege] besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37 c SGB V [außerklinische Intensivpflege] haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden.“ [Hervorhebung Unterzeichner] BGBl. 2020 Teil I Nr. 48, S.2226, Art. 2, 1. a). In-Kraft-treten: 23.10.2023</p> <p>Wird AKI (aus welchen Gründen auch immer, z.B. aufgrund eines Mangels an ambulanten Pflegediensten) nicht erbracht, erfolgt je-</p>	<p>Intensivpflege beinhaltet immer auch die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege mit der „im Einzelfall erforderlichen Grund- und Behandlungspflege“, sowie unter den entsprechenden Voraussetzungen der „hauswirtschaftlichen Versorgung“, die für sich betrachtet das Niveau des „besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege“ nicht erreichen, aber von der für AKI „geeigneten Pflegefachkraft“ erbracht werden können. Andernfalls würde das Ziel des GKV-IPReG v. 23.10.2020 Fachpersonal sinnvoll zu steuern, nicht erreicht. Weiterhin kann teleologisch nur ein Aufbautatbestand vorliegen, denn § 37 c SGB V [außerklinische Intensivpflege] regelt wörtlich nicht die im § 37 SGB V vorgesehene „ärztliche Behandlung“.</p> <p>Der Leistungsanspruch aus §37 (2) wird durch die parallellaufende Änderung der HKP-Richtlinie, gegebenenfalls <i>-jedenfalls in der beigefügten Anlage_1_BE_AKI-RL_Stand_2021-06-23 -AKI-Entwurf, AB S. 20 rechtswidrig</i> gekürzt insbesondere durch die Formulierung „ausschließlich“.</p> <p>Es ist ein wörtlicher Gleichlauf zwischen AKI -Richtlinie und HKP-Richtlinie erforderlich, um sowohl für die verordnende Ärzteschaft (Bindung über Bundesmanteltarif) als auch Kostenträger (GKV, durch Rechtsfolgenverweisung Beihilfe, PKV) bzw. Auslegung sowie Patienten und Patientinnen zu schaffen.</p> <p>Der Begriff Patienten und Patientinnen wird hier verwendet, da der Anwendungsbereich der HKP-Richtlinie und AKI-Richtlinie sich nicht auf die GKV beschränkt. Insbesondere, wenn gleich</p>
-----------------	---	---

denfalls eine ÄVO nach HKP. Andernfalls liefe der Anspruch nach AKI faktisch ins Leere. Gegebenenfalls erfolgt eine Kombinationsverordnung nach HKP und AKI. In diesem Fall ist ein Plan zur Qualifikation der HKP-Kräfte auf AKI-Niveau vom Arzt vorzuschlagen und vom Kostenträger zu übernehmen. (vgl. Stellungnahme GKV-Spitzenverband zum GKV-IPReG. Mit Erreichen der tatsächlichen Erbringung von AKI erfolgt eine Verordnung oder Folgeverordnung nur oder nur noch über § 37 c SGB V. [außerklinische Intensivpflege]. Entfällt die tatsächliche Erbringung von AKI ganz oder teilweise, ist insoweit eine Verordnung von HKP zulässig.

AKI hat grundsätzlich insbesondere bezüglich der Grunderkrankungen, immer leitliniengerecht zu erfolgen – S3 Analgesie, Sedation und Schmerz (2021) -S3 Beatmung, Querschnitt usw. Die Leitlinien entbinden den verordnenden und/oder

dies aus Kosten- und Vermögensgründen selten der Fall sein dürfte, werden die Richtlinien auch für Selbstzahler oder in Fällen der Quasi-Versicherung verwendet. Quasi-Versicherung betrifft unversicherte Patienten, die aufgrund der gesetzlichen Versicherungspflicht Anspruch auf formale Aufnahme im Basis-tarif der GKV haben, wobei die GKV die Kosten dem Sozialamt weiterbelastet.

		behandelnden Arzt und Ärztin nicht von der Sorgfaltspflicht, die für den Patienten oder die Patientin individuell erforderliche und geeignete Behandlung zu erbringen.	
§ 1 Grundlagen			
§ 1	Absatz 1 Satz 1 Satz 2	<p>1. Satz, 2. Halbsatz: streichen, sofern sie die Voraussetzungen gemäß Absatz 3 erfüllen.</p> <p>Neu: Wenn die Voraussetzungen des § 37 c SGB V erfüllt sind. Die Konkretisierung ergibt sich aus § 3 Abs. 1 der vorliegenden Richtlinie</p> <p>Satz 2 Streichen: „im gesamten Versorgungszeitraum“. Alternativ: „im Zeitpunkt der Verordnung voraussichtlich gesamten Versorgungszeitraum“ Neu 2. Halbsatz:</p>	<p>HKP und AKI enthalten wortgleiche Definition der „medizinischen Behandlungspflege“ und der „Behandlungspflege“ – damit ist nach dem Wettbewerb-Stärkungsgesetz... eine Zuordnung krankheitsspezifischer körperbezogener Leistungen zum Leistungsbereich des SGB XI ausgeschlossen.</p> <p>Zu Satz 2: Im „gesamten Versorgungszeitraum“ ist gesetzlich nicht vorgesehen und überschreitet so § 37 c Abs.1, S. 9 Nr. 1 SGB V vorgegebene Ermächtigung (Umfang, zeitlich).</p> <p>Beispielsfälle für den Anwendungsbereich (wie vorher in der HKP-Richtlinie) erleichtern die Einordnung.</p>

		<p>; wird außerklinische Intensivpflege tatsächlich nicht erbracht, besteht insoweit Anspruch auf häusliche Krankenpflege.</p> <p>Neu: Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt insbesondere vor, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder - die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage - - oder eines vergleichbar komplexen Gerätes - am Tag und in der Nacht erforderlich ist 	<p>Vergleichbar komplexes Gerät: Mobile Dialyse</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte

			<p>Im Anschluss an: „üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden können“</p> <p>Neu:</p> <p>; dies beinhaltet auch Maßnahmen der Behandlungspflege und Grundpflege, die üblicherweise an Pflegekräfte delegiert werden können.</p>	
§ 1	Abs. 1	Satz 5	GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵ Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.	
	Abs.1	Satz 6	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Zustimmung zum Zusatz der GKV-SV, DKG, KBV:“ Geeignet sind Pflegefachkräfte, die...besonders qualifiziert sind“</p> <p><i>Vorausgesetzt es wird folgende Ergänzung hinzugefügt:</i></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Teleologisch sind „geeignet“ (§ 37 c Abs.1, Satz 2) und „qualifiziert“ (§ 37 c Abs.4 SGB V) im gleichen Sinnzusammenhang auszulegen, wobei „geeignet“ gegebenenfalls eine geringeren Qualifizierungsgrad im Einzelfall (auf den einzelnen Patienten bezogen) enthalten kann, die Krankenkasse jedoch nur „qualifizierte“ Personen, also formal belegt, beschäftigen darf.</p> <p>Hingegen ist die vom Versicherten „selbstbeschaffte Pflegefachkraft“ nicht mit dem Adjektiv „qualifiziert“ versehen, kann also auch nur „geeignet“ sein.</p> </div>

			<p>; eine entsprechende Qualifikation einzelner Pflegekräfte und Pflegefachkräfte kann im Einzelfall auch in einem angemessenen Zeitraum erworben werden, sofern dies im einvernehmlichen Behandlungsplan vorgesehen und mit Leistungserbringer und Krankenkasse abgestimmt ist. Die Zustimmung der Krankenkasse beinhaltet die Kostenübernahme für die im Einzelfall erforderliche Einweisung, Fortbildung bzw. Qualifizierung. <i>Alternativ:</i> streichen Ein solches Einvernehmen kann auch im Rahmen von Nachbesserungen (§ 37 c Abs. 2, Satz 4 und 5 SGB V), gegebenenfalls unter Beteiligung weiterer Leistungsträger hergestellt werden.</p>	<p>Weiterhin sind Pflegekräfte oder Pflegefachkräfte oder sonstige Personen im Rahmen der Vereinbarungen zum persönlichen Budget (§ 37 c Abs. 4 Satz 2 SGB V) als geeignet miterfasst, ggf. über die dann vorzunehmende Einweisung, Fortbildung und Qualifizierung.</p> <p>Beispiel: Es werden von einer Fachkraft im Rahmen der Eingliederungshilfe Leistungen erbracht (z.B. Heilerziehungspfleger/in). Die Fachkraft kann durch Einweisung, Fortbildung oder Qualifizierung im Einzelfall, also für den Bedarf des konkret betreuten Patienten abhängig von der medizinischen Komplexität der Haupt- und Nebendiagnosen und der Schwierigkeit der zu erwartenden Zwischenfälle, zur geeigneten Pflegefachkraft geschult werden.</p> <p>Die Rahmenempfehlungen für häusliche Krankenpflege (§ 132 a Abs. 1 Satz 1 SGBV) und außerklinische Intensivpflege (§ 132 I Abs. 1 Satz 1 SGB V) müssen die jeweiligen Richtlinien, also auch die Möglichkeiten der Einweisung, Qualifizierung und Fortbildung im Einzelfall in angemessener Zeit berücksichtigen.</p>
§ 1	Abs. 2			Keine Ergänzung, soweit § 37 c SGBV als Aufbauatbestand von § 37 SGB V zugrunde gelegt ist.

§ 1	Absatz 2	<p>Satz 2, streichen: „gemäß § 4 Abs.1 und 2“ bzw. „1-3“</p> <p>Ersetzen durch: „§ 37 c Abs. 2 SGB V“ oder Wörtliches Zitat des § 37 c Abs. 2 SGB V</p> <p>Ergänzen: Eine entsprechende Qualifikation eines/r Vertragsarztes/ Vertragsärztin kann im Einzelfall auch in einem angemessenen Zeitraum erworben werden, sofern bis zur Erlangung der Qualifikation eine Kooperationsvereinbarung mit einem bereits qualifizierten Vertragsarzt/ Vertragsärztin nachgewiesen wird (Konsil, Vier-Augen-Prinzip).</p> <p>Satz 3 muss ergänzt werden: „Die Versorgung ...nach dieser Richtlinie, erfolgt auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der pflegewissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse.“</p>	<p>§ 37 c Abs. 1, S. 4 SGB V sieht vor, dass „die Verordnung durch einen Vertragsarzt/ eine Vertragsärztin erfolgt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist.“</p> <p>§ 37 c Abs.1, S. 5 SGB V enthält keine Ermächtigung, bestimmte Leistungsorte von dieser Voraussetzung auszunehmen. Dies widerspricht insbesondere dem Ziel Qualitätssicherung. – Unbenommen bleibt der politisch nicht berücksichtigte Einwand, dass zurzeit keine ausreichende Zahl an AKI-qualifizierten Vertragsärzten/Vertragsärztinnen, insbesondere für eine flächendeckende Versorgung vorhanden ist (bisher auch Hausärzte, Fachärzte, HKP).</p> <p>§ 1 Absatz 4 AKI-Richtlinie-Entwurf in der vorliegenden Fassung schränkt den Leistungsanspruch ein: § 37 c Abs. 2 SGB V regelt einen Anspruch „erhalten“ und keine Kann-Regelung (Ermessen)</p> <p>Die Richtlinie regelt die Versorgung mit <u>außerklinischer Intensivpflege</u>, nicht Intensivmedizin</p>
-----	----------	--	--

§ 1	Absatz 3	<p>Satz 1 streichen</p> <p>Satz 2:</p> <p><i>Neu Satz 3 + 4:</i> Die Versorgung durch An- und Zugehörige, insbesondere Eltern, Verwandte ersten Grades, Ehe- und Lebenspartner, umfasst regelhaft die familiäre Sorge. Diese beinhaltet regelhaft keine</p>	<p>Logisch stringent, kann außerklinische Intensivpflege nicht selbst erbracht werden, da ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege dann vorliegt, wenn „die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist“ (§ 37 c Abs. 1, S.2. SGB V).</p> <p>Hingegen können von der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege mit gedeckter Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder Maßnahmen der Behandlungspflege (Aufbautatbestand), die nicht das Niveau eines besonders Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege erreichen, durch Personen erbracht werden, die nicht dasselbe Qualifizierungsniveau erreichen</p> <p>Satz 2: siehe oben Kinder- und Jugendliche etc. und volljährige Versicherte „getrennt“. (noch) nicht erfolgt.</p> <p>§1 SGB I „Aufgaben des Sozialgesetzbuchs Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern,</p>
-----	----------	---	--

		<p>Versorgung eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege (§ 1 SGB I).</p> <p>Satz 3 wird Satz 5, ergänzen: „Die Versorgung durch An- und Zugehörige soll, insbesondere.... bei Kindern ...ermöglicht und angemessen berücksichtigt werden“</p> <p>Satz 4 wird Satz 6 Satz 4 „dabei sind die Ressourcen im häuslichen Umfeld zu fördern und angemessen zu berücksichtigen.“</p> <p>Ablehnung – ist zu streichen</p>	<p>den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.</p> <p>(2) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll auch dazu beitragen, dass die zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.“</p> <p>„Rückzugspflege“ in der vorliegenden Verwendung kommt bisher nicht hinreichend zum Ausdruck, dass sowohl der Patient als auch der An- oder Zugehörige mit der Übernahme von Maßnahmen der Behandlungspflege einverstanden sein müssen.</p> <p> Die Einweisung von Eltern intensivpflegebedürftiger Kinder in die Erfordernisse der Bedarfe des eigenen Kindes durch Überleitungseinrichtungen, Entlassmanagement der Krankenhäuser, Ärzte, Rehabilitationsträger, ambulante Dienste oder ähnliches, ist ein notwendiges und sinnvolles Instrument zur Sicherung des Kindes-/Patientenwohls - zur Sicherheit der Angehörigen und Eltern und zur Stabilisierung der Familiensituation. Es ist geeignet, die bereits jetzt bestehenden -Sorgfaltspflichten der Genannten, sowie die Organisationspflichten und Versorgungspflichten der Krankenkassen und Pflegekassen zur Befähigung und Unterstützung der Angehörigen zu erfüllen.</p> <p>Nicht mehr – nicht weniger.</p>
--	--	---	--

			<p>Diese Maßnahmen sind nicht geeignet, den Versorgungsauftrag der Krankenkassen für intensivpflegebedürftige Kinder (und sonstige Patienten) zu erfüllen.</p> <p>→ regelhaft ist bei Kindern und Jugendlichen, sowie bei jungen Erwachsenen, bei denen ein Krankheitsbild des Kindesalters weiterhin besteht oder deren Entwicklungsstand dem des Kindes- oder Jugendalters entspricht, die Sozialmedizinische Nachsorge zu verordnen. Die sozialmedizinische Nachsorge stellt sicher, dass qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Kind und seine Familie von der stationären Behandlung oder Rehabilitation ab begleiten und einen reibungslosen Übergang in die häusliche Pflege und die ambulante Behandlung ermöglichen. Insofern ist die sozialmedizinische Nachsorge wesentliche Voraussetzung, Ressourcen im häuslichen Umfeld zu erschließen und zu fördern</p> <p>→ Unter „<i>Ressourcen im häuslichen Umfeld</i>“, sind positive Potentiale zu verstehen, die Kinder, Jugendliche und deren Familien in den Verarbeitungsprozess der lebensbedrohlichen Erkrankung und deren Behandlung einbringen. Sie sind für die Betroffenen von größter Bedeutung, um mit dieser existenziellen Situation (häufig langfristig) umgehen, neue Verhaltensweisen und Lösungsstrategien entwickeln und weitere Potenziale erschließen zu können. Diese familiären Potenziale dienen z.B.</p>
--	--	--	--

			<p>der Förderung einer alters- und entwicklungsgemäßen Krankheitsadaption sowie der Förderung größtmöglicher Lebensqualität auch für die gesunden Geschwister. Weiter z.B., der Reintegration in Institutionen der gemeinschaftlichen inklusiven Bildung wie Kindergarten, Schule, und Ausbildung, da sich die jungen Pat. in der Lern- u. Entwicklungsphase befinden. Prävention zielt auf Vermeidung sozialer, kognitiver und emotionaler Entwicklungsstörungen und Spätfolgen. Die Ressourcen, also die Stärken und Kompetenzen der betroffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie ihrer Familien sollen unter Berücksichtigung ihrer bisherigen individuellen Lösungsstrategien unterstützt werden (z.B. Entwicklung günstiger Coping-Strategien – wie Resilienzentwicklung, emotional positive und sichere Eltern-Kind-Beziehungen, Stärkung eines positiven Selbstbildes der von chronischer Krankheit und Behinderung betroffenen jungen Menschen sowie Vernetzung und Orientierung im Hilfesystem usw.)</p> <p>➔ Neben den Ressourcen sind die dauerhaft sehr hohen und äußerst komplexen Anforderungen und Belastungen der Familien immer in ihrem Zusammenwirken zu betrachten.</p> <p>➔ Es existiert ebenso wenig ein valides Messinstrument für die „Berücksichtigung“ solcher individuellen Ressourcen im häuslichen Umfeld, als auch aus individuellen Ressourcen keine</p>
--	--	--	--

			<p>Konsequenzen für die verordnete Leistung abgeleitet werden können. Ein Hinwirken auf die Übernahme von Leistungen der GKV (hier außerklinische Intensivpflege)  siehe auch unter „Rückzugspflege“, <u>gesteuert durch das SGB V</u> (oder Krankenkassen oder Leistungserbringer) kann und darf in der AKI-RL aufgrund der Ermächtigungsgrundlage des §37c nicht statthaben. Keinesfalls wäre dies aus den „besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen abzuleiten oder ableitbar.</p>
§ 1	Absatz 4	<p><i>Streichen:</i> Die außerklinische Intensivpflege kann an folgenden Orten erbracht werden: <i>Ersetzen durch:</i> Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege an folgenden Orten:</p>	<p>Absatz 4 in der vorliegenden Fassung schränkt den Leistungsanspruch ein: § 37 c Abs. 2 SGB V regelt einen Anspruch „erhalten“ und keine Kann-Regelung (Ermessen).</p>

→ Die außerklinische Intensivpflege von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kindes- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt wird regelhaft an folgenden Orten erbracht:

1. Im Haushalt der oder des Versicherten oder in dem Haushalt der Familie der oder des Versicherten.
2. Sonst an einem geeigneten Ort z.B. in betreuten Wohnformen, in Schulen, in Kindertagesstätten, Ausbildungsstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen
3. alt 3.
4. alt 2.
5. alt 1.

→ Begründung:

„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 Nummerierung sollte der inhaltlichen Gewichtung entsprechen, die hier Abbildung erfahren sollte.

→ §37c Abs.3 SGB V stellt bezüglich der genannten Patientengruppe in diesem Zusammenhang einen gesetzgeberischen und in der RL auf untergesetzlicher Ebene fortgeführten, Fehl-anreiz dar, denn
In vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 besteht ein Anspruch der Versicherten auf die über die Leistungen der Pflegekasse hinausgehenden Kosten für

			<ul style="list-style-type: none"> • pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Betreuung • Betriebsnotwendige Investitionskosten Entgelte für Verpflegung und Unterkunft nach § 87 SGB XI • 6 Monate Weitergewährung der Leistung soweit Pflegebedürftigkeit ab PG 2 vorliegt <p>➔ Dies zielt auf eine strukturelle Verschiebung der Versorgung bei genannter Patientengruppe von der häuslichen/ambulanten Versorgung zu vollstationärer Versorgung.</p> <p>➔ Die Rechte von Ehe und Familie, die Kinderrechte und die Rechte nach UN-BRK erfahren eine Schwächung. bzw. werden unterminiert, wenn es „billiger“ wird, sein intensivpflegebedürftiges Kind/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, in einer vollstationären Einrichtung versorgen zu lassen (abzuschieben) als dessen Lebensmittelpunkt im Falle einer Erkrankung, die Intensivpflegebedürftigkeit zur Folge hat, weiterhin in der Familie zu erhalten</p>
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass

			<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>5 „sonst an einem geeigneten Ort insbesondere in betreuten Wohnformen</p>
		<p>2. Absatz KBV, DKV, GKV-SV zusätzlich</p> <p>Ablehnung</p> <p><i>ist zu streichen</i></p>	<p>Schafft zusätzliche Voraussetzungen, liegt nicht in der Regelungskompetenz des G-BA</p> <p>Leistung ist nicht ortsabhängig</p> <p>Einschränkende Bestimmungen/Qualifikationen „sonstiger geeigneter Orte“ in der Richtlinie sind abzulehnen</p> <p> steht den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen, jungen Volljährigen, sowie Erwachsenen mit Krankheitsbildern des Kindes-u. Jugendalters entgegen, <u>denn: „regelmäßig wiederkehrend“</u> als Anspruchsvoraussetzung - geht über die gesetzliche Anforderung hinaus – und ist daher abzulehnen.</p> <p>Weiter  wird mit dieser Formulierung in das Aufenthaltsbestimmungsrecht der Sorgeberechtigten und jungen Volljährigen eingegriffen und die Selbstbestimmungsrechte von Kindern,</p>

			<p>Jugendlichen und jungen Erwachsenen verletzt. Die Versorgung mit AKI muss eine normale kindliche und jugendliche Entwicklung ermöglichen und unterstützen. Dazu gehört es, sich in allen Lebens- und Erfahrungsräumen aufhalten zu können wie Gleichaltrige nichtbehinderte Kinder - nicht lediglich regelmäßig wiederkehrend in Kita/Schule, sondern auch unregelmäßig oder einmalig auf einem Spielplatz/Geburtstag/Kino etc. Die Regelung verletzt auch das Kinderrecht auf Spiel- und Freizeit. (Art. 31 UN-Kinderrechtskonvention)</p> <p>➔ Die betroffenen jungen Menschen haben keinen Einfluss auf die baulichen und infrastrukturellen Merkmale ihrer Lebenswelt. Intensivpflege findet bei diesen Pat. unter der Maßgabe der Inklusion überall dort statt, wo sich die jungen Patienten befinden (Straßenbahn, Drogeriemarkt, Konzert, Schulausflug etc.).</p>
§ 1	Absatz 5	<i>Ist zu streichen -Ablehnung</i>	<p>„AKI kann für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthaltes und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung verordnet werden, in dem Fall, dass dort nicht die Leistungsstandards für Leistungserbringer nach 132L erfüllt werden. Auch für die Zeit des Aufenthaltes in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht jedoch nicht die Qualitätsstandards für Leistungserbringer gemäß § 132 L erfüllt werden (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Hospize) kann AKI verordnet werden“</p>

				<p>„stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ ist gesetzlich nicht gedeckt – dies führt zum Ausschluss psychiatrischer Behandlung für intensivpflichtige Versicherte (sehr relevant bei der aktuellen Covid19-Problemlage)</p> <p>HKP kann durch Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verordnet werden. Hier ist ein Gleichlauf erforderlich. Für die intensivpflichtige Grunderkrankung ist eine Versorgung erforderlich – also eine Zusammenarbeit notwendig.</p> <p>Sektorenmanifestation; Ausschluss: Gesetzesgrundlage „sonstiger geeigneter Ort“ kann nicht reduziert werden</p>
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll.	
			Siehe oben	

		Satz 3		
§ 1	Absatz 6			Bedenken gegen die strukturelle Zusammensetzung sind im Gesetzgebungsverfahren vorgetragen.
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
			<p>Ablehnung</p>	<p>Dem tatsächlichen Abschluss der Rahmenempfehlungen kann nicht vorgegriffen werden</p> <p>Da der Zeitpunkt für den Abschluss der Rahmenempfehlungen noch nicht feststeht, kann dem Abschluss an dieser Stelle nicht vorgegriffen werden.</p> <p>Verordnungssicherheit für Patienten besteht nach Abschluss der Rahmenempfehlungen.</p> <p>Vorausgesetzt, die ambulanten Strukturen zur Potenzialerhebung als Voraussetzung der Verordnung sind etabliert</p>
			<p>Vertretbar lediglich: „ab 31.10.2023“</p>	

			<p>„Der Anspruch nach Satz 1 [des § 37 Absatz 2 SGB V, häusliche Krankenpflege] besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37 c SGB V [außerklinische Intensivpflege] haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden.“ [Hervorhebung Unterzeichner] BGBl. 2020 Teil I Nr. 48, S.2226, Art. 2, 1. a)</p> <p>Wird AKI (aus welchen Gründen auch immer, z.B. aufgrund eines Mangels an ambulanten Pflegediensten) nicht erbracht, erfolgt jedenfalls eine ÄVO nach HKP. (siehe Präambel) In-Krafttreten: 23.10.2023</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1	<p>Ablehnung der Ergänzungen zu 2 oder 3 (1-4) und 4 oder 5 (1-8)</p> <p><i>Ergänzen:</i></p>	<p>Nicht Gegenstand der G-BA- Regelung</p> <p>Keine Befugnis zur Einschränkung der Orte</p>	

		<i>...an den in § 37 c Abs. 2 genannten Orten...</i>	
§ 2	Absatz 2	<p>1. Monitoring, Überwachung und Sicherstellung von Vitalfunktionen,</p> <p>2. Vermeidung, Erkennung und Sofortbehandlung lebensbedrohlicher Komplikationen sowie</p> <p>3. die Verbesserung der Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen zum Erhalt und Förderung des körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (Gesundheitsdefinition WHO).</p> <p>4. der individuell auszutarierende Einsatz intensivmedizinischer Einzelmaßnahmen zur Förderung von Kommunikation (besseres Sprechen mit Beatmungsdruck), oraler Kost (Nutzung Absaugoption bei Aspiration) und Mobilität (entsprechende technische Ausstattung mit mobilem Gerät).</p> <p>Hierbei sind die erforderlichen <u>therapeutischen</u> Maßnahmen mit dem Ziel</p> <p>1. der ausreichenden Augmentierung der alveolären Ventilation,</p>	

2. der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum Weaning-Versagen geführt haben, soweit überhaupt ein Potenzial besteht; hierzu gehört gegebenenfalls auch die psychotraumatologische Therapie und/oder psychologische Begleitung, sowie die mentale und emotionale Unterstützung durch Einbindung von An- und Zugehörigen

3. die Wiederherstellung der atemmuskulären Kapazität bzw. deren dauerhafte Funktionserhaltung durch intermittierende, kontrollierte Erholungsbeatmung sowie

4. der (Wieder)erlangung einer subjektiv befriedigenden (teil)oralen Ernährung bei Schluckstörung zu ergreifen.

1. – streichen, da keine Maßnahme

2. die Reduktion des inadäquaten Atemantriebs und der Atemarbeit durch intermittierende, kontrollierte Erholungsbeatmung,

			<p>3. <u>Sicherstellen einer den Bedarf deckenden Ernährung, evtl. supplementiert über einen künstlichen Nahrungsweg,</u> 4. – streichen – 5. <u>die (Teil-) Mobilisation mit geeigneten Hilfsmitteln zur Erlangung einer (teil)autonomen Mobilität,</u> 6. <u>adäquates Trachealkanülenmanagement mit konsequenter Rachenbelüftung auch unter Beatmung zur Unterstützung der therapeutischen Maßnahmen bei Dysphagie und eingeschränkter Sprechfunktion,</u> 7. - streichen, da Wiederholung 8. <u>adäquates Speichel- und Sekretmanagement.</u></p>			
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		DKG (3) ¹ Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum Zeit-	GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹ Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			<p>punkt 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>individuellen Hin- führung zur Dekanü- lierung, zur Entwöh- nung von der invasi- ven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ²Bei im Rahmen der Erhe- bung nach § 3 Ab- satz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben wer- den.</p>		
			<p>§2 Abs.3 Satz 2 oder 3/2. <i>„der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum „Weaning-Versagen“ geführt haben,</i> Stattdessen: „die einer medizinischen Indikation zum Weaning zuwiderlaufen</p> <p>Unberücksichtigt und daher <u>zu ergänzen</u>:</p>			<p>Bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen, bei denen ein Krankheitsbild des Kindes- und Jugendalters..., liegen häufig Grunderkrankungen vor, bei denen Weaningversuche kontraindiziert sind oder Weaningprozesse alters-, -krankheits- und -entwicklungsbedingt sehr ausgedehnte Zeiträume beanspruchen. Defizitäre Begrifflichkeiten wie „Weaning-Versagen“ sind weder geeignet, jungen Menschen</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>	<p>bei der Adaption ihrer chronischen Erkrankung zu unterstützen, noch deren Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Falls Weaning und Dekanülierung auch langfristig nicht möglich sind, sind schwerwiegende Funktionsstörungen ursächlich. Erkrankungsbedingte Nicht-Entwöhnbarkeit stellt kein persönliches Versagen dar. Darüber hinaus besteht eine medizinische Indikation zum Weaning bei dieser Gruppe nur dann, wenn die verbliebene Gesundheit/Gesundheitspotenziale als Grundlage für jegliche Entwicklung- sowie die Lebensqualität und Teilhabefähigkeit verbessert und Verschlechterung derselben mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können. Es ist zu beachten, dass Organfunktionen, die seit Geburt oder nach Ereignissen im Kindesalter gestört sind, durch Weaning nicht „wiederhergestellt“ werden können. Eine solche individuelle Entwicklung verläuft dann stets mit und unter Maßgabe der funktionalen Schädigungen. Die Beatmung dient in diesen Fällen der Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Weaning wäre nur möglich, wenn dabei eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes in Kauf genommen würde. Ethisch ist dies nicht vertretbar.</p>
§ 2	Absatz 4		<p><i>„insbesondere“ ist zu streichen und durch „zum Beispiel“ zu ersetzen</i></p>	<p>Es gibt keine Evidenz für die Überlegenheit des stationären Weanings gegenüber dem häuslichen/ambulanten Weaning bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen, bei denen Erkrankungen des Kindesalters fortbestehen oder deren</p>

			<p>kognitiver Entwicklungszustand dem des Kindesalters entspricht.</p> <p>Weaningprozesse bei dieser Patientengruppe (sofern Weaningpotenzial besteht) können sehr ausgedehnte Zeiträume beanspruchen. Da diese Patienten nicht jahrelang in Kliniken aufgenommen werden können und sollen, stellen in der Häuslichkeit unter pflegfachlicher 1:1 Versorgung und telemedizinischer Anwendungen</p> <ol style="list-style-type: none">1. Speziell im Kinderbereich ist das Setting von immenser Bedeutung für den Weaningprozess. Können Teilprozesse in der Häuslichkeit stattfinden, fallen stark störende Einflüsse wie Angst des Patienten, Infektionsrisiko, gestörter/ veränderter Nachtschlaf/fremde Umgebung/fremde Personen. Verständnisprobleme, insbesondere bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, weg.2. Unterricht und Ausbildung müssen nicht unterbrochen werden3. Die Gefahr nosokomialer Infektionen wird vermieden.4. Es kann sichergestellt werden, dass die zum individuellen Weaningprozess gehörenden häuslich durchgeführten Maßnahmen, die Gesundheitspotenziale, das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit nicht negativ beeinflussen – konkret: der junge Patient kann weiterhin seinen Alltag bewältigen
--	--	--	--

			<p>Telemonitorisch ermittelte und erfasste Trenddaten (bedarf einer Personal- und Vergütungsstruktur) können zur Beurteilung der Beatmungssituation hinzugezogen werden, insbesondere um ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung festzustellen... Im Einzelfall kann eine unnötige Einweisung in eine auf Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung verschoben oder vermieden werden.</p> <p>Die S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“ (Überarbeitung 2019, S. 115) beschreibt die Möglichkeiten von digitalen Lösungen wie folgt: „Mit Hilfe telemedizinischer Anwendungen wie beispielsweise Televisiten und geeigneten vertraglichen Lösungen zur intersektoralen Zusammenarbeit könnten so künftig Experten für außerklinische Beatmung aus den Beatmungs- und Weaning-Zentren niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und Patienten im ambulanten Bereich unterstützen. (Voraussetzung ist eine entsprechend geregelte Personal- und Vergütungsstruktur)</p>
§ 2	Absatz 5	<p><i>„Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung, liegt der Schwerpunkt auf Therapieoptimierung und damit der Besserung der Lebensqualität.“</i></p>	
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege			

§ 3	Absatz 1	<p><u>Formulierung ersetzen:</u> Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig <u>stattdessen</u> <i>„Es besteht ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege für Patienten bei denen...“</i></p> <p>➔ Die Patientengruppe ist äußerst heterogen, weswegen eine Differenzierung unbedingt notwendig ist.</p> <ul style="list-style-type: none">• Kurzzeitig Betroffene (nach OPs, schweren Komplexerkrankungen): Hier sind stringente, strukturierte, stationäre Maßnahmen in spezialisierten Einrichtungen (unter kurativer Zielrichtung wie Weaning und Dekanülierung) angemessen, sofern eine ärztliche Anamnese, Diagnose und, bezüglich Weaning und Dekanülierung, eine erfolgsversprechende Prognose vorliegen.• Mittelfristig Betroffene, bei denen Prolongiertes Weaning nicht ausgeschlossen ist. Bei Erkrankungen von mehr als sechs Monaten handelt es	
-----	----------	---	--

		<p>sich um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langzeitig Betroffene, denen außerklinische Intensivpflege (mit oder ohne Beatmung und mit oder ohne Trachealkanüle) das Leben sichert, den Gesundheitszustand erhält, verbessert oder stabilisiert und damit Voraussetzung zur Sicherung sozialer Bezüge und Entwicklungspotenziale, zur Sicherung einer angemessenen Schul- und Ausbildung und der Teilhabe am Leben ihrer Familien und der Gemeinschaft Gleichaltriger ist. • Speziell Betroffene, die aufgrund ihres Alters oder komplexer Erkrankungen andere spezielle Bedürfnisse und Bedarfe haben und intensivpflegebedürftig sind 						
§ 3	Abs. 1		<p>DKG: Die Verordnung von außerklinischer</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklini-</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei</p>	DKG	GKV-SV, KBV	

			<p>Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention</p>	<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle</p>	<p>Versicherten zulässig, bei denen 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</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>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</p>	<p>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</p>	<p>ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.	her Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.				
						Ablehnung	Ablehnung:	<i>PatV Zustimmung</i> außer Differenzierung des Schutzniveaus, indem die Qualifikation der Pflegefachkraft rechtfertigungslos (ohne Sachgrund) nach dem Ort der

							<p>Leistungserbringung unterschieden wird.</p> <p>Alle Patienten, die bislang Anspruch nach Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses der Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege haben, müssen auch nach § 3 der vorliegenden Richtlinie einen Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung haben. Mit den Regelvorschlügen von DKG und GKV-SV und KBV wird der Leistungsanspruch der Betroffenen in einer rechtlich und medizinisch unhaltbaren Art und Weise verkürzt. siehe z.B. SG München, Beschluss vom 23.04.2020, Az. S 15 KR 393/20 ER).</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

§ 3	Absatz 2					
§ 3	Absatz 3		<p>Über die Wahl des Ortes für die Entwöhnung und das Weaning entscheidet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nach eigenem Wissen und Gewissen gemeinsam mit dem oder der Versicherten.</p> <p>Je länger die Dauer des Weaning-Prozesses, insbesondere zum Training der Atemmuskulatur, aufgrund der zugrundeliegenden Erkrankung oder Verletzung ist, umso stärker ist die ambulante Weiterbehandlung vorzubereiten und zur Vermeidung von Hospitalismus durchzuführen.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen... (§ 37 c Abs. 1, Satz 8) ist zwingend die zeitliche Entwicklung der Bindungsfähigkeit zugunsten der Familie zu berücksichtigen. Ausnahmen bedürfen der familiengerechtlchen Genehmigung.</p>			
§ 3	Abs. 3	Satz 1	GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer	PatV: (3) ¹ Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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</p>	<p>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>		
--	--	--	--	--	--	--

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>			
					<p>Ablehnung Allein „stationär“ ist nicht vom Gesetz abgedeckt. Sektorenmanifestation-</p>	<p>PatV → Es fehlt die Definition der „Einrichtung“ – eine sonstige für die (Grund)- Erkrankung, die Intensivpflege erforderlich macht, geeignete Einrichtung.</p>

						<p>➔ Dies kann bei jungen Pat. auch der häusliche Pflegedienst sein. Die Studienlage bezüglich von Kindern, Jugendlichen und junger Erwachsener, die außerklinisch mit einer Heimbeatmung und oder Trachealkanüle versorgt sind, lässt keine evidenzbezogenen Konsequenzen im Sinne der Präferenz eines ausschließlich -klinischen Weanings“ zu.</p>
--	--	--	--	--	--	--

➔ Als Schlussfolgerung muss bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die seit dem Kindesalter erkrankt sind, hochgradig individuell vorgegangen werden.

➔ über die geeignete Örtlichkeit entscheidet der verordnende Arzt nach bestem Wissen und Gewissen in Abstimmung mit dem oder der Versicherten

						<p> ärztlich angeleitete und begleitende Weaning(teil)prozesse in häuslicher Umgebung, nutzen die hohe entwicklungs- und altersbedingte intrinsische Motivation. Sie nutzen vertraute Umgebung und vertraute Bezugspersonen als Gelingensbedingung von Weaningprozessen bei dieser Altersgruppe. Sie vermeiden die Gefahr einer nosokomialen Infektion bei Hospitalisierung. Sie vermeiden Entwicklungsschäden und Traumata durch Hospitalisierung und wiederholt frustrane Weaningversuche, stellen sicher, dass Weaningprozesse dem Wohlbefinden, den Entwicklungsbedürfnissen und der Lebensqualität dienen und diesen nicht entgegenwirken. Die häusliche Fortführung ärztlich verordneter langfristiger Weaningstrategien</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>(Triggern, trainieren mit Sprechventil oder „feuchter Nase“, sukzessives Ausweiten der Spontanatmungszeiten/Beatmungspausen, zeitweiser Moduswechsel von PCV zu CPAP können telemedizinisch oder durch ärztliche Hausbesuche oder Videovisiten angeleitet, überprüft, begleitet und kontrolliert werden sowie durch die häusliche 1:1 fachpflegerische Versorgung und Heilmittelerbringer durchgeführt und unterstützt werden.  klinische Ressourcen und Unwägbarkeiten (Bettensperrung-Personalmangel), fehlende Plätze in den wenigen, häufig nicht wohnortnahen Spezialzentren, unzumutbare Anfahrtswege und Umstände für die Familien werden vermieden. Die telemedizinische Infra-</p>
--	--	--	--	--	--	---

					struktur ist vorhanden inklusive Abrechnungsmodalitäten.
§ 3	Absatz 3 bzw. 4	<p><i>Bei Bedarf... und wenn eine kurative Therapie nicht mehr möglich ist</i></p>	<p> Wird in dieser Formulierung entschieden abgelehnt; denn keinesfalls handelt es sich, bei nicht von der Beatmung entwöhnbaren oder dekanülierbaren junger Menschen immer um solche, deren Lebenserwartung nur noch wenige Tage, Wochen, Monate beträgt oder deren Erkrankung weit fortgeschritten ist. (z.B. Querschnittlähmungen)</p> <p> Der Begriff der Palliation hingegen, hat in Bezug auf die lebenslange Begleitung lebensverkürzt erkrankter Kinder, Jugendlichen und junger Erwachsener sowie deren Familien, deutlich erweiterte Dimensionen.</p> <p>In der Beschlussfassung einer Richtlinie, welche die besonderen Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen berücksichtigt, sollte sich dies niederschlagen, indem die Einbeziehung palliativmedizinischer Kompetenz ein Angebot darstellt, für das sich der junge Patient, oder dessen Sorgeberechtigte, <u>zusätzlich</u> frei entscheiden können. Der entstehende Eindruck des „Abschiebens“ von jungen Versicherten ohne Weaning- oder Dekanülierungspotenzial - bei denen sich also bestimmte Organfunktionen nicht wiederherstellen lassen- in die Palliativmedizin, sollte unbedingt vermieden werden. Dies wäre weder sachgerecht, ethisch vertretbar noch entspricht es</p>		

			den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (letzte Anpassung 03/21) und entwertet damit wertvolle Angebote für spezifische Patientengruppen. Eine nicht mögliche Wiederherstellung von Organfunktionen (hier Weaning und Dekanülierung) allein, ist kein Grund für den regelhaften Einbezug palliativmedizinischer Fachkompetenz.			
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1 Satz 2	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			
			Zustimmung			
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
			Ablehnung	Zustimmung unter Ergänzung → „wobei die Patientensicht / Sicht der Sorgeberechtigten nach ärztlicher Aufklärung über Nutzen/Risiko, Vor-u.		Die Umstellung von invasiver Beatmung auf NIV kann Gesundheits- und Teilhabepotenziale junger Patienten auch einschränken. Jugendliche Patienten und junge Erwachsene, bei Kindern die Sorgeberechtigten, wägen individuell

				<p><i>Nachteile (unter Einbezug der Lebensqualität und der Teilhabepotenziale im individuellen Fall relevant ist.“</i></p>		<p>die Vor- u. Nachteile nach ärztlicher Aufklärung gegeneinander ab und treffen eine informierte Entscheidung.</p>
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5	<p>GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.</p>			
			<p>Ablehnung: Stattdessen: <i>„Bei Versicherten, die Außerklinische Intensivpflege erhalten, ist abhängig von der Grunderkrankung, eine Erhebung zur Therapieadhärenz und Optimierung, mindestens jährlich durchzuführen.“</i></p>	<p> Die Prüfung der Therapieadhärenz und Optimierung erfolgt regelmäßig jedoch individuell. Sie wird gegebenenfalls (z.B. bei fortschreitenden Erkrankungen) häufiger oder aber mindestens jährlich notwendig sein. Die Voraussetzungen für das Etablieren einer auch telemedizinischen Betreuung von Kindern und jungen Menschen mit Beatmung oder anderem AKI-Bedarfen ist aktuell verfügbar, inklusive geregelter Abrechnungsmodalitäten. Nur mithilfe der regelhaften Implementierung der Telemedizin (mit geregelter Personal- und Finanzierungsstruktur) kann die regelmäßige ärztliche Visite (auch notwendige Konsile unter Bezug auf die Entwicklung der Grunderkrankungen) für den Personenkreis flächendeckend durch Mediziner <u>mit Expertise in außerklinischer, teilhabeorientierter Beatmung/Trachealkanülenversorgung</u> gewährleistet werden.</p>		

§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Zustimmung		Bei termingebundenen Untersuchungen gegebenenfalls nicht in Wohnortnähe, müssen sowohl Patientenseitige- als auch Klinik-/Praxis- oder Ambulanzseitige Verhinderungsgründe antizipiert werden. z.B. bei Transportunfähigkeit des Pat. aufgrund gesundheitlicher oder organisatorischer Probleme oder Bettensperrung/Absagen aus Kapazitätsgründen von Seiten der potenzialerhebenden Einrichtungen	
§ 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
			Zustimmung		Ablehnung	

				<p>Kein Patient darf einer invasiven Untersuchung/Behandlung ausgesetzt werden, die es belastet, ohne ihm einen erkennbaren Nutzen zu bringen.</p> <p>Patientenentscheidung gegen eine Untersuchung darf keine negativen Folgen bzgl. der Verordnungssicherheit haben.</p>	
			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	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

			zur Beatmung ge- führt hat;			
				Zustimmung		
KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten						
		<p>➔ Adhärenz ist ein multidimensionales Konstrukt Adhärenz kann bei dieser Gruppe nur unter Einbeziehung der Tagesform, des Alters, des Entwicklungsstandes, der Grund-und Begleiterkrankungen sowie der kognitiven und sozialen Potenziale beurteilt werden.</p>		<p>➔ dementsprechend müssen diese Kategorien in die Beurteilung der Adhärenz eingehen – die Frage lautet dann: welche Schlussfolgerungen können gezogen werden?</p>		
KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens						
		<p>➔ Ist der Patient im Sinne des Gesetzes in vollem Maße mündig und entscheidungsfähig, ist der dokumentierte Patientenwille in den Aspekten, in denen er vorliegt, bei der Beurteilung des Beatmungsstatus allein maßgeblich</p>		<p>➔ Rechte der Sorgeberechtigten Rechte des jungen Patienten</p>		

			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)	
		Nicht über den Kopf der Sorgeberechtigten/Betreuer und jungen Patienten	für Patienten psychosoziale Beratung	
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität	
		 Problem der hier externen Bewertung des multidimensionalen Konstruktes „Lebensqualität“ auch und besonders bei Kindern und Jugendlichen		
		PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV
				GKV-SV, KBV
			Verfahren bitte nennen Insb. Für chronisch kranke häufig mehrfachbehinderte Kinder, Jugendliche u. junge	 Zu beachten bei Kindern u. Jugendlichen mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen: geeignete Instrumente - altersabhängig u. sowohl zur Selbst- als auch zur

				Erwachsene - geeignete Verfahren fehlen		<p>Fremdeinschätzung (bei jungen Kindern) Es sind verschiedene Versionen (auch in einfacher Sprache) notwendig. Sollte am WHO-Konzept von Gesundheit orientiert sein; also physisches, psychisches und soziales Befinden berücksichtigen. Einbezogen sind persönliche Lebens- und Wertevorstellungen</p> <p>➔ Ausschlaggebend ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob sich der junge Patient/die Patientin mit der Beatmungstherapie oder bei veränderten Parametern, fit, ausreichend entlastet, leistungsfähig und wohl fühlt.</p>
§ 3	Absatz 7 bzw. 8	Alle Entscheidungen bezüglich der Therapieziele mit umfassender Aufklärung und			➔ Nach dem Verständnis der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	

		informierter Einwilligung der Betroffenen		(WHO - ICF, 2005) sind die Wechselwirkungen zwischen Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe Grundlage für die Bewertung von Krankheit und damit sowohl für individuelle als auch für gesundheitspolitische Maßnahmen entscheidend. Therapieziele können daher nicht auf die Feststellung des physischen Potenzials zur Beatmungsentwöhnung reduziert werden, sondern müssen insbesondere bei Kindern und seit dem Kindesalter erkrankten Patienten auch den Erhalt der Lebensqualität, der sich in der Lern- und Entwicklungsphase befindlichen jungen Menschen und einer größtmöglichen sozialen Teilhabe berücksichtigen. Bei entsprechender Diagnose kann auch die Beatmung vorrangig der Verbesserung von Vigilanz, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität	
--	--	--	--	--	--

					dienen. Von einer Reduzierung der Beatmungsparameter ist daher abzusehen, wenn der Patient sich hierdurch auch nach erfolgter Aufklärung in seinen Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten beeinträchtigt sieht.	
§ 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).			
				Ablehnung verbindlich gültigen diesbezüglichen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).	 Notwendigkeit bei Kindern, Jugendlichen u. jungen Erwachsenen hochgradig individuell vorzugehen, ergibt sich aus den häufig seltenen u. komplexen Grunderkrankungen, dem notwendigen Einbezug von Spezialisten für die Grunderkrankung, der Notwendigkeit des Ausschließens von negativen Auswirkungen auf Gesundheitspotenziale, Entwicklung	 Begründung Die Bezugnahme auf OPS wird abgelehnt: da die OPS bereits vorher und unabhängig vom Ergebnis der gesetzgeberischen Endfassung des GKV-Irreg. erstellt wurden, zu anderen Zeitpunkten als die RL evaluiert werden und die OPS zwar die wirtschaftliche Betrachtung abbilden (sollen) also grundsätzlich ein (betriebs)

			<p><i>Alternativ höchstens</i></p> <p>„Zur Auslegung der notwendigen Maßnahmen dürfen die OPS nur herangezogen werden, wenn eine Beeinträchtigung der informierten Entscheidung über die Behandlung und der Selbstbestimmung des Patienten zum Ort der Leistungserbringung ausgeschlossen sind.“</p>	<p>und Teilhabe sowie insbesondere fehlender oder schwacher Evidenz der Studienlage/ bezüglich der außerklinisch versorgten Altersgruppe. Diagnostik und Behandlung ist nicht in dem Maße operationalisierbar, wie hier geplant.</p> <p>Bei Kleinkindern aber auch bei älteren Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen, bereiten mit arbeitsabhängige Untersuchungen wie z.B. Lungenfunktion und Messung des Hustenstoßes Schwierigkeiten oder sind unmöglich</p>	<p>wirtschaftliches und kein ärztliches Instrument darstellen, jedoch nicht die (zivilrechtlichen) Verpflichtungen der ärztlichen Behandler aus den Behandlungsverträgen abbilden.</p> <p>Die ärztlichen Einschätzungen sind immer umfassender und komplexer als eine Abrechnungsgrundlage (OPS) das abbilden kann. Die ärztlichen Einschätzungen, müssen bei Kindern und Jugendlichen angemessen individuell erfolgen. Die OPS können, wenn sie also insofern ärztliche Erfahrung und kreative, individuell auf den pädiatrischen Patienten abgestimmte Maßnahmen, einschließlich pflegerischer Maßnahmen <u>nicht abbilden</u>, die individuell geeignete Behandlung und Pflege verhindern. Das ist insbesondere auch wichtig für</p>
--	--	--	---	---	---

						<p>den ärztlichen und fachpflegerischen Nachwuchs, die in der Ausbildung Praxiserfahrung und auch das selbstverantwortliche Handeln lernen (müssen)</p> <p>Eine Bezugnahme ließe die Patienten im Unklaren, welche Rechte ihnen aus der AKI-Richtlinie zustehen.</p> <p>§ 301 und § 295 SGB V haben einen anderen Regelungsgehalt (insb. Abrechnung, Statistik) als § 37 und § 37 c SGB V (insb. ärztliche Behandlung und Behandlungspflege) und andere Zuständigkeiten bei zudem anderen Beteiligten.</p>
§ 3	Absatz 8 bzw. 9					
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	PatV: sollen [...] einbezogen werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen		KBV, GKV-SV, DKG:

			Zustimmung PatV	 bei jungen Menschen individuell, immer unter Einbezug der Grund-und Begleiterkrankungen, Entwicklungs-und Teilhabepotenziale		
			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])		
			Zustimmung	Ablehnung	PatV, DKG  Immer individuell Invasive Verfahren nur nach strenger Indikationsstellung! Empirischen Verfahren ist a.G. fehlender wiss. Evidenz, bzw. unzureichender Studienlage, aus der sich die Notwendigkeit eines individuellen Vorgehens	

					<p>ableiten lässt, der Vorzug zu geben. Kein Kind/Jugendlicher/Erwachsener darf einer invasiven Untersuchung/Behandlung ausgesetzt werden, die es/ihn belastet, ohne einen erkennbaren Nutzen zu generieren.</p> <p>Aufgeklärte Patientenentscheidung gegen eine invasive Untersuchung darf keine negativen Folgen bzgl. der Verordnungssicherheit haben.</p> <p>Die Folgen aus diesen Untersuchungen sind unklar – Entscheidungen z.B. für eine geblockte Kanüle als Konsequenz dieser oder jener Untersuchung, muss der junge Mensch mit seinen Eltern oder bei jüngeren Kindern die Sorgeberechtigten, unter Setzung individueller Prioritäten selbst treffen können. (Wenn z.B. Verlust der sprachlichen Kommunikation der „Preis“ ist, gilt es abzuwägen</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					und informierte persönliche Entscheidungen zu treffen) Das gilt auch dann, wenn diese individuelle Entscheidung im medizinischen Sinn „unvernünftig“ erscheint.	
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG  Zustimmung unter der Bedingung, dass hier geeignete Instrumente für die Alters- u. Patientengruppe verwendet werden.  sehr problematisch a.G. der bei Kindern speziellen Krankheitsverläufe, Zeiträume, Entwicklungspotenziale- siehe Adhärenz	KBV, GKV-SV, PatV
			Zustimmung unter Vorbehalt	Ablehnung	 Adhärenz ist ein multidimensionales Konstrukt Adhärenz kann bei dieser Gruppe nur unter Einbeziehung der Tagesform, des Alters, des	 Ablehnung, da „Bewertung“ und Konsequenzen unklar

					<p>Entwicklungsstandes, der aktuellen Gesamtsituation, der Grund-und Begleiterkrankungen sowie der kognitiven und sozialen Potenziale beurteilt werden. Soziale Fähigkeiten der Behandler und spezielle Kenntnisse der Behandler spielen ebenfalls eine Rolle - die Frage lautet dann: welche Schlussfolgerungen können gezogen werden?</p>
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität		
			Betrifft spezifische Patientengruppe		
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität		
			Ablehnung	 <p>Problem der externen Bewertung des multidimensionalen Konstruktes „Lebensqualität“ Müsste, wenn, am WHO-Konzept von Gesundheit orientiert sein; also physisches, psychisches und soziales Befinden berücksichtigen. Selbst-und Fremdeinschätzung Kann bei der sehr heterogenen Gruppe der jungen Patienten nicht strukturiert erhoben werden, da kein geeigneten Mess- und Auswertungsinstrumente vorliegen. Die Ergebnisse schwanken situativ -also hier altersspezifisch - kein stabiles Merkmal.</p>	

				Ausschlaggebend ist die Frage, ob sich die jungen Patienten mit (oder ohne) Beatmungstherapie und/oder Kanülenversorgung ausreichend entlastet, leistungsfähig und wohl fühlen
				GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren
				 Bitte ausführen, welche Verfahren für welche Patienten- und Altersgruppen und welche Konsequenzen der „Erkenntnisgewinn“ generieren soll
§ 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.	
			Zustimmung für spezifische Patientengruppen	
§ 3	Abs. 8	Satz 2	Zusätzlich Nr.11 [bzw. 13. Bzw. 14] Psychotraumatologische bzw. psychologische Behandlungsmöglichkeiten	z.B. signifikant erhöhte PTBS, PTDS-Erkrankungen nach im Schnitt drei Monaten bei auf Intensivstationen beatmeten COVID-19-Patienten
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte				
§ 4	Absatz 1		Zusätzlich: SPZ, MZEB, spezialisierte MVZ	 Auch an SPZ/MZEB und spezialisierten MVZ, können Versicherte mit AKI-Bedarf, durch die Möglichkeit des konsiliarischen Zugriffs auf Expertise, fach- und sachgerecht versorgt und betreut werden.

					 <p>Spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF sind zu berücksichtigen Die ICF ist eine gleichermaßen sinnvolle wie notwendige Ergänzungen der ICD zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung chronisch kranker und behinderter Patienten auch hinsichtlich deren umfänglicher Rehabilitationsansprüche. Die häufig seltenen Erkrankungen und individuellen Verläufe bei Kindern und seit dem Kindesalter erkrankten Patienten, setzen für eine bedarfsgerechte Versorgung die langjährige Begleitung der Patienten durch ihre behandelnden Ärzte voraus.</p>	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			<p><i>Ergänzung: Neonatologie</i></p> <p><i>Ergänzung: Absatz 2 (bzw.3) findet Anwendung (telemedizinisches /Konsil).</i></p>	<p>Bei Akutpatienten angemessen</p> <p>Strukturierung von ärztlicher Seite, wobei die Sachverhalte der AKI von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, deren Erkrankung seit dem Kindesalter bestehen oder deren kognitiver oder körperlicher Zustand dem Kindesalter entspricht, nicht repräsentiert sind.</p> <p>Ablauf in der Akutklinik muss nicht geändert werden, sondern ärztliche Präsenz muss fachkundig und regelmäßig auch in der außerklinischen Weiterversorgung erfolgen.</p>	

					<p>Völlig unklar bleibt an dieser Stelle, was zwischen Akutklinischer Versorgung und bspw. der Einrichtung einer Heimbeatmung für die AKI der Patientengruppe geschehen soll.</p> <p>Sehr wenige Pädiatrische Spezialzentren/Frührehabilitationseinrichtungen betreuen diese jungen Patienten und Patientinnen im Umkreis von mehr als 100 km.</p> <p><u>Problem:</u> Sachverhalte der AKI sind nicht abgebildet: langfristig zu versorgende chronisch kranke u. schwerbehinderte junge Pat. mit z.B. Langzeitbeatmung u. Kanülenversorgung finden keine flächendeckend regelhaften Behandlungsstrukturen vor, die regelmäßige fachärztliche ambulante Visiten einschließen.</p> <p>Akutmedizinische Kompetenz und Ressourcen in den Kliniken genügen nicht in Hinblick auf</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Einrichtung, Betreuung u. Kontrolle einer außerklinischen Beatmung/Langzeitversorgung Gefordert werden ambulanten Strukturen.</p> <p>Telemedizin hier als Schlüsselbegriff: telemedizinische Anwendungen strukturell inklusive einer Personal- und Vergütungsstruktur etablieren</p> <p>.</p> <p>Entscheidend ist die Expertise der qualifizierten Mediziner in der <u>außerklinischen Beatmung und /oder Kanülenversorgung</u></p> <p>Nur bei Vorliegen dieser Expertise, können diese Kinder fachgerecht überprüft, eingestellt u. versorgt werden. Daher ist der Weg, pädiatrische Intensivmediziner usw. an Kliniken zu ermächtigen, viel zu kurz gegriffen – Gefahr von Fehlbehandlungen.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					Konsile mit Experten für außerklinische Beatmung und verordnenden Ärzten	
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ul style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ol style="list-style-type: none"> 3. Tracheotomie, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.		
			Zustimmung <i>Ergänzen:</i> Absatz 2 (bzw.3) findet Anwendung (telemedizinisches /Konsil).	Ablehnung	Im Konsil mit Fachärzten, die über Expertise in außerklinischer Beatmung/Kanülenversorgung verfügen kann flächendeckende Versorgung sichergestellt werden	Übermaß, kaum erfüllbare Voraussetzungen Über die Regelungen der Zentrums-Richtlinie (insb. auch für Lungenzentren) werden ambulante Vertragsärzte/Ver-

						<p>tragsärztinnen massiv benachteiligt, da dort lediglich Beratung und Konsile für Einzelfälle zwischen stationären Einrichtungen vorgesehen sind. Auch der Zugang zu Fortbildungen ist für Vertragsärzte/innen eingeschränkt. Dies dürfte gegen Art. 12 GG verstoßen. Weiterhin wird damit eine sektorenübergreifende Versorgung behindert. Soweit Kapazitätsengpässe wegen COVID-19 bestehen, ist mindestens ein Bestandschutz für jetzt HKP-verordnende Vertragsärzte vorzusehen.</p>
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			
			<p>Ablehnung <i>Wird als Eingriff in die Berufsfreiheit abgelehnt</i></p>		<p>Gesetzesvorbehalt? <i>„Anzeigepflicht“ könnte als milderer Mittel für statistische Erfassung gerechtfertigt sein</i></p>	

§ 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>
			<p><i>Ergänzung: Fachärzte und Fachärztinnen für Neonatologie</i> <i>Gleichlauf für alle Qualifikationen (Erwachsene/Kinder)</i> <i>Neu:</i> <i>Für Kinder- und Jugendmedizin mit der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Kinder- und Jugend, sowie Neonatologie</i></p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	

§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
			Ausdrückliche Zustimmung		 dient flächendeckende Versorgungs- und Verordnungssicherheit bei einerseits spezifischer Expertise und andererseits der flächendeckenden Verfügbarkeit	
§ 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,			
			Zustimmung unter Ergänzung: Facharzt und Fachärztin für Neonatologie			
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
			Zustimmung			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	nung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			Ablehnung	Zustimmung nur mit alternativ Zusatz: <i>„Eine entsprechende Qualifikation eines/r Vertragsarztes/ Vertragsärztin kann im Einzelfall auch in einem angemessenen Zeitraum erworben werden, sofern bis zur Erlangung der Qualifikation eine Kooperationsvereinbarung mit einem bereits qualifi-</i>		Einzelfall bedeutet die für den konkreten Patienten (patientenbezogen) ausreichende Zusatzqualifikation. Durch die Erfüllung der Anzeigepflicht erhält der verordnende Arzt ein Angebot der KBV/Vermittelt über die KBV für eine geeignete Fortbildung. Dies kann auch ein Angebot eines Qualifizierungs- und Fortbildungsverbandes sein (vgl. z.B. Küstenträgerverbund) Die patientenbezogenen Kosten trägt die Krankenkasse.

			<p><i>zierten Vertragsarzt/ Vertragsärztin nachgewiesen wird (Konsil, Vier-Augen-Prinzip).</i></p>		<p>Andere qualifizierte Vertragsärzte, sowie Krankenhausärzte sind zur Kooperation verpflichtet.</p>
<p>PatV zusätzlich:</p> <p>b. in der neurologischen Frührehabilitation Phase B,</p> <p>c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum,</p> <p>d. in einem neuromuskulären Zentrum oder</p> <p>e.</p> <p>f. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>					
<p>Zustimmung (PatV) <i>unter Zusatz: e)</i> SPZ, MZEB, spezialisiertes MVZ</p>			<p>Bei Bedarf muss konsiliarisch auf weitere Disziplinen und Fachrichtungen zugegriffen werden können – nur auf diese Weise können komplex erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter Berücksichtigung ihrer natürlichen psychosozialen Entwicklungsbedürfnisse flächendeckend, langfristig und regelmäßig medizinisch versorgt werden, wie hier gefordert</p>		

			<p>Bevor bezüglich der außerklinischen ärztlichen Versorgung Qualitäts- und Qualifikationsanforderung in immer neue Höhen geschraubt werden, die an dieser Engstelle (Schlüsselstellung in der AKI erfahrener Ärzte bei limitierter Verfügbarkeit in der Fläche) letztlich als prozedurale Zusatzhürden Versorgungs- und Verordnungssicherheit erschweren und keine Zugangsgerechtigkeit gewährleisten, muss flächendeckend eine geregelte ambulante ärztliche Struktur etabliert werden, damit die vom §37c neu geregelten Ansprüche auf intensivpflegerische Versorgung für Kinder, Jugendliche und jungen Erwachsenen, die seit dem Kindesalter erkrankt sind, nicht ins Leere laufen und damit die Patientensicherheit gewährleistet wird.</p> <p><u>Die Frage lautet:</u> wie kann es ermöglicht werden, dass alle Patienten geregelten Zugang zu regelmäßigen fachärztlichen (Expertise Langzeitbeatmung) Visiten und damit zu Verordnungs- und Versorgungssicherheit erhalten?</p> <p>Darüber hinaus: SPZ/MVZ müssen zentral einbezogen werden, denn die ambulante Weiterbehandlung der komplexkranken und häufig schwerbehinderten jungen Menschen erfolgt in der Regel am Wohnort durch die interdisziplinär und multiprofessionell aufgestellten klinischen Sozialpädiatrischen Zentren als Schnittstellen medizinischer Versorgung und ambulanter Rehabilitation. Auf diese Weise kann den speziellen medizinischen Bedürfnissen, dem umfassenden Förder- und Rehabilitationsansprüchen der Personengruppe - es handelt sich um sich noch entwickelnde junge Menschen, die ein Recht auf Förderung und Ent-</p>
--	--	--	---

				<p>faltung ihrer Potenziale haben (dazu ist den Familien auch psychosoziale Begleitung und die Möglichkeit der sozialmedizinischen Nachsorge durch kassenseitige Genehmigung bei Verordnung, zur Verfügung zu stellen). Die heterogenen Erkrankungsverläufe der häufig seltenen Grunderkrankungen sind auf komplexe und vielfältige Weise mit der körperlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung der Patientengruppe assoziiert. Die SPZ/MZEB/spezialisierten MVZ, stellen auch die Einleitung der Hilfen nach BTHG sicher, die für die (Wieder) Eingliederung des Personenkreises in Kita, Schule, Ausbildung, Werkstatt und Beruf unabdingbar sind. Klinikaufenthalte in enger Taktung, (in nicht auf die Versorgung der chronisch kranken mit AKI versorgten und schwerbehinderten jungen Pat.) verbieten sich an dieser Stelle aufgrund der außerordentlich hohen Vulnerabilität</p>
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese	

			<p>personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozeduren Schlüssel (OPS).</p>			
			<p>Ärztliche Kompetenz im Bereich der Rehabilitation notwendig, ebenso MD (hier wird viel Rehabilitationspotential verschenkt, wenn das Kreuzchen im Formular bei "nicht rehabilitationsfähig" gesetzt wird, zumal damit die Antragsfiktion für Rehabilitationsmaßnahmen ausgehebelt wird.</p>	<p>Einwände OPS (vgl. oben),</p> <p> Die Patientengruppe hat umfassende Ansprüche auf Rehabilitation, die über die kurativen Ansätze von Weaning und De-kanülierung weit hinausgehen. Kompetenz in der rein physischen Potenzialerhebung ist nicht ausreichend. Expertise in der außerklinischen Versorgung (Langzeitbeatmung/teilhabeorientierte Trachealkanülenversorgung ist unabdingbar.</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 veröf-</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 Arztsu-</p>	<p>PatV, GKV-SV</p> <p>Zustimmung</p> <p>Zusätzlich notwendige Information:</p> <p>Die Liste muss barrierefreie Behandlungsmöglichkeiten ausweisen, Expertise in der Versorgung außerklinischer Beatmung/Trachealkanülenversorgung</p>	<p>KBV</p>

			<p>öffentlicht 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>che der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
			<p>Alternativ: <i>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine barrierefreie Liste der</i></p>	<p>Ablehnung</p>	<p>Zustimmung</p> <p><u>Zusätzlich notwendige weitere Information:</u> <i>„Sowie Liste der MD-Ärzte mit entsprechend gleicher Qualifikation.“</i></p>	

			<p><i>Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Qualifikationen nach § 4 verfügen und veröffentlicht sie barrierefrei im Internet. Die Liste ist bei Änderungen umgehend, ansonsten vierteljährlich zu aktualisieren. Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten. In dieser</i></p>	<p><i>„Auflistung pädiatrischer Beatmungszentren, die für die Behandlung außerklinisch beatmeter oder/und trachealkanülierter Kinder und Jugendlicher spezialisiert und zertifiziert sind.</i></p> <p>Die Zertifizierung kann aufgrund der geringen Menge nicht von Fallzahlen abhängig gemacht werden.</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p><i>Liste ist auch eine Information über barrierefreie Zugänglichkeit des Vertragsärztlichen Angebotes zu erfassen. Ebenso muss eine barrierefrei zugängliche Liste von Beatmungs- und Weaningzentren zur Verfügung gestellt werden, die für die Behandlung außerklinisch beatmeter oder/und trachealkanülierter Kinder und Jugendlicher spezialisiert und zertifiziert sind, sowie eine Liste der möglichen</i></p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<i>MD-Prüfärzte mit entsprechend gleicher Qualifikation nach §4.</i>		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6				
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege					
§ 5	Absatz 1	Satz 2: vereinbarter Vordruck fehlt		Kann ohne Beifügen des Formulars nicht beurteilt werden	
§ 5	Absatz 1, Satz 2	Ergänzen: 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. Insoweit ist auch eine Übermittlung in nicht datengestützter Form zulässig, wenn ansonsten eine datengestützte Übermittlung vorgesehen ist.		Begründung: Das Formular zur Verordnung von HKP (Muster 12a 10/2020) entspricht insbesondere im Unterpunkt „Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege“ nicht den gesetzlichen vorgesehenen Orten zur Leistungserbringung. Es fehlt insbesondere ein Ankreuzfeld für „an sonstigen geeigneten Orten“ und ein Freifeld, um dies ggf. zu erläutern. Weiterhin fehlt ein Hinweis auf kumulative Orte durch Einfügen des Wortes „und“, beispielsweise <ul style="list-style-type: none"> - „in meinem Haushalt“ und - In einer Schule/Kindergarten 	

		<p>Widersprechen sich Formular und AKI-Richtlinie geht die AKI-Richtlinie vor.</p> <p>Beim Antrag des Versicherten sind Felder für den Grad der Behinderung, einschließlich der Merkzeichen vorzusehen.</p> <p><i>Das Formular hat folgenden Hinweis zu enthalten:</i></p> <p>„Der Anspruch nach Satz 1 [des § 37 Absatz 2 SGB V, häusliche Krankenpflege] besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37 c SGB V [außerklinische Intensivpflege] haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden.“ [Hervorhebung Unterzeichner] BGBl. 2020 Teil I Nr. 48, S.2226, Art. 2, 1. a). In-Kraft-Treten: 23.10.2023</p> <p>Wird AKI tatsächlich nicht erbracht, erfolgt jedenfalls eine ÄVO nach</p>	<p>Ergänzen in der HKP-Richtlinie/ Gleichlauf mit HKP-Richtlinie:</p> <p>Ebenso</p>
--	--	---	---

			<i>HKP. Entfällt die tatsächliche Erbringung von AKI ganz oder teilweise, ist insoweit und solange eine Verordnung von HKP zulässig.</i>	
§ 5	Abs. 1	Satz 3	GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.	
		Satz 3	<i>Ablehnung</i> <i>Sofern GKV-SV-Formulierung verwendet wird, ergänzen:</i> <i>„Die vom Vertragsarzt übermittelte Verordnung gilt als vorläufiger Antrag.“</i>	Patient oder Patientin und Leistungserbringer müssen die Verordnung zur Kenntnis erhalten und diese mit Unterschrift dokumentieren. Spätestens ab Übermittlung, bietet die Krankenkasse die gesetzlich vorgeschriebene Beratung an. Der Vordruck bzw. eine entsprechende digital-gestützte Erfassung, entbindet den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin nicht von der persönlichen Verantwortung
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			<u>Zu 3. Ergänzen:</u> „Bei geblockter Kanüle ist eine Begründung erforderlich“	Der Sprach/Lautierungsverlust ist zu rechtfertigen. Es sind Maßnahmen zur Überwindung des Sprech- und Lautierungsverlustes, mindestens der zeitlichen Minimierung, in den Behandlungsplan aufzunehmen. Dies Rechtfertigung der geblockten Kanüle erfolgt auch wegen des personellen Mehrbedarfs, wenn sich der/die Versicherte nicht selbst bemerkbar machen kann

		<p><u>Zu 4. Ergänzen:</u> Grund für fehlende Möglichkeit und Gründe für (zum Zeitpunkt der Feststellung) nicht mögliche Durchführung von Maßnahmen.</p> <p><u>Zu 10. Ergänzen:</u> Beginn und Dauer</p> <p><u>Zu 12:</u> Leistungsort <i>Alle gesetzlich vorgesehenen Leistungsorte, nebst Freifeld, sind im Abschnitt „Antrag des Versicherten auf Genehmigung von AKI“ aufzuführen.</i></p> <p>Bei abweichender Auffassung des verordnenden Arztes/Ärztin oder mehreren Handlungsmöglichkeiten sind ausdrücklich die Willensbekundung der/des Versicherten und ggf. Betreuer bzw. ggf. gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vorsorgebevollmächtigt</p>	<p>Bspw. bei Terminverschiebungen: es ist zu antizipieren, dass Termine Klinik- oder Patientenseitig abgesagt und verschoben werden müssen (was nicht allzu selten vorkommen wird)</p> <p>Zu 12. Richterlicher Vorbehalt (Aufenthaltsbestimmung) Eine Bestimmung des Leistungsortes durch den/der verordnende Arzt/Ärztin ist nicht möglich.</p>
--	--	---	---

		zum Leistungsort zu erfassen, ebenso wie Interessenkonflikte	
		<p><u>Zu 13.</u> <i>Enthalten sind auch alle körperbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Der individuelle Erkrankungszustand der/des Versicherten ist maßgeblich.</i></p>	
		<p>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</p>	
		<p>Zustimmung unter Änderung:</p> <p><i>„Weaning- u. Dekanülierungspotenzial gemäß...sowie die zu deren Umsetzung erforderliche Maßnahmen und Grund für fehlende Möglichkeit und Gründe für (zum Zeitpunkt der Feststellung nicht möglichen Maßnahme“</i></p>	
§ 5	Absatz 2	Ergänzung Satz 1:	„Entscheidung“ einfügen

			„um der oder dem Versicherten eine Bewertung <u>und Entscheidung</u> über die grundsätzlich erreichbaren Therapieziele zu ermöglichen...	
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren.	Zustimmung (Gesetzeswortlaut)
		Satz 2, 4.	Satz 2 – 4. Ergänzen: An- und Zugehörige können nicht verpflichtet werden	
§ 5	Absatz 3		Ablehnung: Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig Änderung: „Rückwirkende Verordnungen sind gegebenenfalls mit besonderer Begründung zulässig“	
§ 5	Absatz 4		<u>Ergänzung notwendig:</u> „Der/die Versicherte wird spätestens zeitgleich informiert und erhält eine Kopie“	
§ 5	Absatz 5			

§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			Zustimmung, zu ergänzen: <i>„Alternativ ist ein Behandlungsplan als Anlage im Freitext zulässig, insbesondere wenn wesentliche Daten und Behandlungsschritte aus der Verordnung selbst deutlich werden.“</i>	Bitten um Abklärung und Auflage Datenschutz Persönliche Patientendaten zur Behandlung gehören, wenn, dann unter Datenschutzauflagen, dem MD zugeleitet Behandlungsplan bezieht sich auch auf individuelle Lebenssachverhalte.  Behandlungsplan muss angepasst und inhaltlich stark überarbeitet werden
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	
			Zustimmung fraglich	Wenn, dann sind die Rahmenverträge und der Bundesmantelvertrag der/dem Versicherten mit dem Behandlungsplan auszuhandigen (sonst Leistung spekulativ)
		Satz 3 oder 4	Ergänzung: Dient auch der Erfüllung der besonderen Beratungspflichten der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten.	
			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)	
			Zustimmung fraglich	Nicht erfasst vom Entlassmanagement sind Versicherte z.B. der PKV u.a.; ein Behandlungsplan würde alle Patienten absichern.

§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>Ablehnung</p>	<p>Zustimmung</p> <p>→</p> <p>Es existiert ebenso wenig ein valides Messinstrument für die „Berücksichtigung“ solcher individuellen Ressourcen im häuslichen Umfeld, als auch aus individuellen Ressourcen keine Konsequenzen für die verordnete Leistung abgeleitet werden können.</p> <p>Zustimmung</p>		
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			<p>Zustimmung: „hat“</p> <p><i>Ergänzen:</i> <i>„Bei Kindern- und Jugendlichen (i.S. § 43 c Abs. 1, Satz 8 SGB V) ist die Häufigkeit der regelmäßigen Überprüfung unter</i></p>	<p>Begründung: Ziel des GKV-IPReG ist der Schutz vulnerabler Personen (neben Kosten und anzugreifender Personalallokation und anzugreifender Bevorzugung des stationären Sektors).</p>		

			<i>Berücksichtigung des Alters, insbesondere der Bindungsentwicklung und den vorhandenen Bindungen (familiärer Art und/oder Bezugspflege) verantwortlich vom Arzt zu bestimmen.“</i>	
§ 6	Absatz 3			
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 7	Absatz 1			
§ 7	Absatz 2	<p><u>Satz 3:</u> <i>ist zu ergänzen</i></p> <p> <i>“Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege beginnt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus/der Rehabilitationseinrichtung.“</i></p> <p> <i>“Bei Kindern und Jugendlichen, ist bei Überleitung in die ambulante Versorgung regelhaft</i></p>	<p>Die Einweisung der ambulanten Leistungserbringer für AKI beginnt, sofern erforderlich, bereits vor der Entlassung mit einer rechtzeitigen (auch Geräte-)Einweisung einer ausreichenden Anzahl von Personen des Pflorgeteams, sowie mindestens einem (ggf. telemedizinischen) Konsil mit dem weiterversorgenden Facharzt und/oder Hausarzt und Pflorgeteam im stationären Bereich durch das stationäre Team, um eine qualifizierte Übernahme und gesicherten Start der ambulante AKI zu gewährleisten. (Vergütung ist zu klären, z.B. Arbeitskosten/Stunde bzw. Koordinierungsentgelt lt. KBV-Stellungnahme im GKV-IPreG-Gesetzgebungsverfahren). Die Erforderlichkeit oder deren Fehlen ist zu begründen.</p>	

			<i>die Sozialmedizinische Nachsorge zu verordnen. Die sozialmedizinische Nachsorge stellt sicher, dass qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Kind und seine Familie von der stationären Behandlung oder Rehabilitation ab begleiten und einen reibungslosen Übergang in die häusliche Pflege und die ambulante Behandlung ermöglichen.“</i>	https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_43.html
Geräte) auch § 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.	
			Zustimmung	
§ 7	Absatz 4		Satz1	 Unklar bleibt die Organisation der Anschlussversorgung. Patient*in/An-u. Zugehörige sind nicht verantwortlich für die Organisation der Anschlussversorgung und deren Sicherstellung, sondern das Krankenhaus/die Rehabilitationseinrichtung.

			<p>Die Krankenkassen sind verpflichtet, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen aktiv zu unterstützen und gegebenenfalls selbst Leistungserbringer zu stellen.</p> <p><i>„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.“</i></p> <p> Der umfassende Anspruch eines Entlassmanagements und der Organisation einer Anschlussversorgung bzw. der Überleitung in die ambulante Versorgung bleibt umfassend erhalten und kann nicht durch die Operationalisierung einzelner Verfahrensschritte in dieser Richtlinie eingeschränkt werden.</p> <p> Die Prozesse des Entlass- und Überleitungsmanagement sind so zu strukturieren, dass diesem Grundsatz zielführend Rechnung getragen wird.</p>
--	--	--	---

			<p> Das Überleitmanagement erfolgt nach dem Nationaler Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, DNQP 2019)</p> <p>Das Entlassmanagement in den Kliniken, in dessen Rahmen die langzeitbeatmeten und aus anderen Gründen intensivpflegebedürftigen jungen Patienten und Patientinnen in die ambulante Versorgung entlassen werden, muss eine qualifizierte Beratung der Betroffenen/Sorgeberechtigten zu den Ansprüchen aus dem Bundesteilhabegesetz und die praktische Einleitung von erforderlichen Teilhabeleistungen neben der rein medizinischen Anschlussversorgung enthalten.</p> <p>Aus den medizinischen Diagnosen gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD),) können keine schlüssigen Anforderungen an die komplexe, multiprofessionelle, individuelle intensivpflegerische Versorgung der Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen ((ICF), SGB IX) abgeleitet werden. Allein mit Hilfe einer medizinische Behandlungspflege (SGB V) ist sie ebenfalls nicht zu leisten. Die Notwendigkeit außerklinischer Intensivpflege lässt sich weder aus einer noch aus mehreren medizinischen Diagnosen herleiten. Dies gilt auch für die Kodierung nach dem ICD-10-Code der WHO, welcher der Klassifikation und Einordnung von Krankheiten und Medikamenten in zusammengehörige Diagnosegebiete dient. Die Einordnung von Funktions-</p>
--	--	--	--

			<p>fähigkeit, Behinderung und Gesundheit bzw. Aktivitätseinschränkungen nach ICF würde sich hierfür besser eignen Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 sieht im Rahmenvertrag Entlassmanagement vom 1.10.2017 für Personengruppen mit komplexen Versorgungsbedarfen, z. B. bei Menschen mit eingeschränkter Mobilität und Selbstversorgung, differenzierte Assessments und spezifische Standards vor. Die deutsche Krankenhausgesellschaft hat zu diesen Anforderungen des Entlassmanagements weitergehende Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser veröffentlicht. Das differenzierte Assessment basiert auf der Kernaussage des seit 1.1.2020 geltenden Bundesteilhabesetzes, demnach Menschen mit komplexen medizinischen und daraus resultierenden sozialen Versorgungsbedarfen weniger den Grad seiner Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu bestimmen als mehr der Ausgleichsbedarf seiner krankheitsbedingten Einschränkung von Fähigkeiten und Funktionen auf Basis der ICF.</p> <p> Bei Kindern und Jugendlichen ist bei Überleitung in die ambulante Versorgung regelhaft die Sozialmedizinische Nachsorge zu verordnen und Kontakt zu den entsprechenden Trägern der sozialmedizinischen Nachsorge vor Ort aufzunehmen und herzustellen. Die sozialmedizinische Nachsorge stellt sicher, dass qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort, das Kind und seine Familie von der</p>
--	--	--	---

					stationären Behandlung oder Rehabilitation ab begleiten und einen reibungslosen Übergang in die häusliche Pflege und die ambulante Behandlung ermöglichen. → https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_43.html	
§ 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 für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.			
			Ändern: ²Sie ist in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen und ist dazu unverzüglich verpflichtet.	Zustimmung	Die Krankenkasse führt in jedem einzelnen Fall eine spezielle Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes durch. → eine eingeschränkte Beratung (Bedarf) ist unzulässig. Bedürfnisse der Personengruppe berücksichtigen	
§ 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,	DKG: Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt , kann die Krankenkasse,	GKV-SV, KBV Hat der/die Versicherte/ <u>die Sorgeberechtigten</u> nach einer umfassenden Beratung seine Wahl für einen oder mehrere Leistungsorte getroffen	DKG

			<p>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>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>		
					<p>Zustimmung</p> <p>ergänzen:</p> <p>→ „die spezielle Beratung für AKI entbindet die Krankenkassen nicht von ihren allgemeinen Beratungspflichten insbesondere über den Anspruch auf das</p>	

					persönliche Budget. Hierzu zählt auch die Benennung eines Ansprechpartners.“
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p> <p>Zustimmung</p>		
§ 7	Absatz 5		<p>Satz1 Ergänzen: im Rahmen der Überleitung bei Beginn der Krankenhausbehandlung mit Überleitungsbogen – Kopie der AKI-Verordnung mit, es sei denn dies ist aufgrund</p>		

			der Situation (z.B. Notfall) eingeschränkt möglich. Dies ist unverzüglich nachzuholen.		
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	
			Zustimmung	Zustimmung	Im Rahmen der Überleitung bei Beginn der Krankenhausbehandlung mit Überleitungsbogen aus der AKI, wird eine Kopie der aktuellen AKI-Verordnung beigelegt
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen		
		Satz 5	Ergänzung:	Dann gegebenenfalls Klärung der HKP-Bedarfe notwendig	

			<i>„Andernfalls.....die diese oder dieser bei ihrer oder seiner nächsten Verordnung berücksichtigen soll.“</i>	
§ 7	Absatz 6		<i>Ergänzen: „Die erforderliche Einweisung (s.o.) bleibt unberührt.“</i>	
§ 7	Absatz 7			
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege				
§ 8	Absatz 1		Ablehnung	Die Ermächtigungsgrundlage- § 37c SGB V - sieht keine Genehmigungspflicht der Krankenkassen vor. Eine Genehmigung suggeriert ein – tatsächlich nicht vorhandenes – Ermessen der Krankenkassen. § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V konkretisiert lediglich die übliche Befugnis der Krankenkasse, die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm zu prüfen. Eine Genehmigungspflicht wäre also eine gesetzlich nicht vorgesehene Beschränkung der Voraussetzungen, unter denen außerklinische Intensivpflege erbracht werden darf
§ 8	Absatz 2		<i>Ergänzung: „Die Krankenkasse.....mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der AKI zu beauftragen, wobei der MD einen</i>	

			<i>Prüfarzt/eine Prüferärztin <u>mit entsprechender Qualifikation nach §4 zu beauftragen hat.</u></i>			
§ 8	Absatz 3		Satz 2: Die Form der Übermittlung/Benachrichtigung durch das Krankenhaus an die Krankenkasse sowie Leistungserbringer und dem weiterbehandelnden Arzt/der Ärztin, sind zu regeln			
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			Zustimmung		Bei Übermittlung der AKI-Verordnung mit Antrag der oder des Versicherten (oder des vorläufigen Antrags) und Gegenzeichnung des Leistungserbringers.	Bei Übermittlung durch das Krankenhaus (ohne Antrag der oder des Versicherten und Gegenzeichnung des Leistungserbringers insbesondere bei elektronischer/EDV-Übermittlung
§ 8	Absatz 4		Zu ergänzen: „Eine Reduzierung der verordneten Leistungszeiten aufgrund der Regressvorschriften /Anrechnungsvorschriften für Grundpflege			

			(Verordnung) durch die Kranken- kasse ist nicht zulässig“			
§ 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,			
			<u>Zustimmung</u> <u>unter Ergänzung zusätzlich:</u> <i>„Maßnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Behandlung: diagnostisch in ärztlicher Delegation (z.B. BGA, Kapnometrie) und therapeutisch (z.B. Umsetzung ärztlich verordneter Maßnahmen, zur Unterstützung des Weaningprozesses: bspw. Ausweiten der Spontanatmungszeiten)“</i>			
§ 9	Absatz 2 Satz 1					
§ 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.
		Satz 3 oder 4	<p>Zustimmung</p> <p><i>Sie werden insofern mitverordnet</i></p>
			Alle krankheitsspezifischen körperbezogenen Pflegemaßnahmen. Der individuelle Krankheitszustand ist ausschlaggebend
§ 9	Absatz 3		
§ 9	Absatz 4	<p>Ablehnung</p> <p>Zu ändern:</p> <p><i>„Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als vergütungspflichtige Leistung der außerklinischen Intensivpflege gemäß Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag Ärzte zwischen KBV und GKV-SV gem. § 28 Abs. 1, Satz 3 SGB V, Stand 1.1.2015 verordnet und von nichtärztlichen Leistungserbringern erbracht werden.</i></p>	<p>Diagnostik z.B. Blutgasanalyse, Kapnometrie, empirischer Blick auf die Versicherten, Monitor, Leckage prüfen usw.</p> <p>Ermächtigungsgrundlage enthält keine Vorgabe bezüglich des Ausschlusses dieser Leistung innerhalb der AKI.</p> <p>Delegierbarkeit innerhalb der AKI muss erhalten bleiben!</p> <p>Möglichkeit der ärztlichen Diagnostik am Ort der Versorgung und Delegierbarkeit innerhalb der AKI sind notwendig und zulässig. (Pat. kann z.B. auf Grund von Einschränkungen der Mobilität, der Gefahr nosokomialer Infektionen und nicht gerechtfertigter, weil nicht notwendiger zusätzlicher organisatorischer und administrativer Belastungen, wegen einer BGA, nicht an die Klinik verwiesen werden.</p>

Hierbei ist auch Abschnitt VII, Nr. 14 (Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Memorandum BÄK und KBV, Stand 29.8.2008) zu berücksichtigen“

➔ Keine Klinik darf, möchte und kann ein Kind, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit einer Grunderkrankung, die seit dem Kindesalter besteht oder dessen kognitive oder motorischer Entwicklungsstand dem des Kindesalters entspricht, und dessen individueller Prozess der Reduzierung von Beatmungsparametern, sich z.B. aufgrund psychosozialer oder krankheits- und behinderungsbedingter Besonderheiten, über lange Zeiträume erstreckt, jahrelang auf der Intensivstation aufnehmen.

➔ Vorbereitende, begleitende Maßnahmen des Weaningprozesses in häuslicher Umgebung unter fachlicher 1:1 Betreuung, nutzen die hohe entwicklungs- und altersbedingte intrinsische Motivation, sie nutzen die vertraute Umgebung, die Anwesenheit vertrauter Bezugspersonen und den ungestörten Nachtschlaf als Gelingensbedingung von vorbereitenden Weaningprozessen/Reduzierung von Beatmungsparametern/Ausweitung von Spontanatmungsphasen bei dieser Altersgruppe. Sie vermeiden die Gefahr einer nosokomialen Infektion bei Hospitalisierung. Sie vermeiden Entwicklungsschäden und Traumata durch Hospitalisierung und durch wiederholt frustrane klinische Weaningversuche, Sie vermeiden Schulabstinenz. Sie stellen sicher, dass vorbereitende Maßnahmen im Weaningprozesse dem Wohlbefinden, den Entwicklungsbedürfnissen und der Lebensqualität dienen und diesen nicht entgegenwirken. Die häusliche Fortführung ärztlich verordneter langfristiger Weaningstrategien (Triggern, trainieren mit Sprechventil oder

			„feuchter Nase“, sukzessives Ausweiten der Spontanatmungszeiten/Beatmungspausen, zeitweiser Moduswechsel von PCV zu CPAP) können telemedizinisch (sofern eine Personal- und Vergütungsstruktur etabliert wird) oder durch ärztliche Hausbesuche oder Videovisiten angeleitet, überprüft, begleitet und kontrolliert werden sowie durch die häuslichen Pflegefachkräfte und Heilmittelerbringer durchgeführt und unterstützt werden.
§ 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 Zustimmung Regelungen baulich, personell, organisatorisch für Häuslichkeit und sonstige geeignete Orte, können nicht in der Richtlinie geregelt werden und nicht im Rahmenvereinbarungen ohne Einbeziehung der Versicherten → greift in das Aufenthaltsbestimmungsrecht der Versicherten und der Sorgeberechtigten ein. Gerichtliche Kontrolle – keine Bindung mangels Bestimmtheit der Ermächtigung und der Weiterermächtigung. Regelung zu Lasten Dritter
§ 9	Absatz 6		



§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der 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. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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</p> <p>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</p>		PatV „
-----	--------	----------	---	---	--	---------------

				<p>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>		
				<p>Zustimmung unter Änderung Satz 3: <i>„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.“</i></p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG</p> <p>Ablehnung</p> <p>Ein „Grundsatz der Rückzugspflege“ ist in der AKI ausgeschlossen.</p> <p>Eine Verringerung des Versorgungsumfangs kann durch die Beteiligung der An-u. Zugehörigen als Laienpflegern nicht statthaben. Die Leistungen der AKI nach § 37c sind als medizinische Behandlungspflege</p>	<p>Zustimmung unter der Bedingung, dass die Sorgeberechtigten/An- und Zugehörigen nicht vom Leistungserbringer gesteuert werden. Zu diesem besteht kein Vertragsverhältnis.</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>der Laienpflege nicht zugänglich – im Gegensatz zur HKP</p> <p>→ Einbindung von Sorgeberechtigten sowie An- und Zugehörigen bedarf bei einem verbindlichen Einsatze im Rahmen einer Versorgung mit AKI einer zivilgesetzlichen Regelung – kann im Rahmen des Sozialrechts nicht gelöst werden.</p> <p>→ Die RL des G-BA kann keine Zuweisung zum Aufgabenbereich der Sorgeberechtigten/ An-und Zugehörigen vornehmen und diese Zuweisung aus der Bedürfnislage von Kindern, Jugendlichen u. jungen Erwachsenen ableiten. Rückzugspflege soll auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten/der An-u. Zu-</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					gehörigen unter bestimmten Bedingungen ermöglicht werden.	
§ 9	Absatz 7 Satz 1		<i>Ergänzung: „endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege mit Ablauf der letzten Verordnung“</i>			
	Satz 3		<i>„nach fachlicher Überprüfung und rechtzeitiger Ankündigung und Rücksprache mit dem/der Versicherten.“</i>			
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten und	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

			die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Koordination einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
<p> Aktueller Stand: Ärzte/Ärztinnen mit Expertise in außerklinischer Beatmung und Trachealkanülenversorgung sind flächendeckend für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene mit Erkrankungen des Kindesalters oder einem entsprechend kognitiven oder körperlichen Entwicklungsstand, nicht in ausreichender Zahl und nicht flächendeckend vorhanden. Gleiches gilt für zertifizierte pädiatrische Beatmungszentren. Verordnungs- und Versorgungssicherheit muss zunächst sichergestellt werden. Strukturelle Probleme der ambulanten ärztlichen Versorgung dürfen keinesfalls zu einer Gefährdung der Verordnungs- und Versorgungssicherheit der Patient*innen führen</p> <p> Die Zusammenarbeit aller Leistungserbringer in Form von Netzwerken und Teambesprechungen ist eine komplexe, aufwändige und zeitintensive Leistung. Daher muss klar definiert, zentral koordiniert und dokumentiert werden. Die Kooperation im Netzwerk muss immer transparent sein, und die Betroffenen und/oder deren Vertrauensperson/Sorgeberechtigte müssen einbezogen werden und haben das Recht, sich in die Fallkonferenzen einzubringen.</p>					

			<p>Die Teilnahme an den notwendigen Fallbesprechungen sollte als neue Leistung eingeführt und vergütet werden. Zu den Netzwerkbesprechungen sind telemedizinische Anwendungen zuzulassen und personell sowie finanziell in den Rahmenvereinbarungen/Rahmenmanteltarifen abzubilden. Die Fachärzte sind zu (telemedizinischen) Konsilen verpflichtet.</p> <p><u>VORSCHLAG:</u> Die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Netzwerkarbeit einschließlich der Koordination zur rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6] wird durch unabhängige Lotsen oder Lotsinnen erbracht. Dies können an der Versorgung beteiligte und von den Versicherten benannte ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer oder unabhängige medizinische oder sozialpädagogische Fachkräfte mit nachgewiesener Expertise in der außerklinischen Intensivpflege, im Auftrag des oder der Versicherten sein. Die Aufgabe der, vom Versicherten zu wählenden Lotsen oder Lotsinnen, wäre die Organisation, Steuerung, Dokumentation und Administration des Netzwerkes. Lotsen können innerhalb von ad hoc-Netzwerken oder vorstrukturierten Netzwerken, wie in den für die AKI qualifizierten MVZ sowie MZEB und SPZ wirken.</p> <p>Die Vergütung regelt der Bundesmantelvertrag ... oder/und AKI-Rahmenmantel (vgl. Stellungnahme der KBV zum RISG, GKV-IPReG). Eine pauschale Abgeltung erscheint teilweise ungeeignet.</p>
§ 10	Absatz 1 bzw. 2		
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung

	Abs. 1 bzw. 2		Zustimmung		Der/die Versicherte kann zudem eine Vertrauensperson hinzuziehen	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Zustimmung			
§ 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
			Zustimmung		Siehe §10 Abs.1 Aktueller Stand	
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Ablehnung	 längere Übergangsfrist notwendig		
§ 10	Absatz 2 bzw. 3		<i>Änderung der Formulierung: „bei Beendigung der Versorgung“ Stattdessen: „bei Überleitung vom ...zu“</i>			
§ 10	Absatz 3 bzw. 4		<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>		Der Behandlungsplan enthält sinnvoller Weise einen individuell angepassten „Spielraum“, innerhalb dessen die Parameter (z.B. Druck, Frequenz, Peep- angepasst werden können – z.B. für den Infektfall	

§ 10	Absatz 4 bzw. 5					
§ 10	Abs. 4 bzw. 5	Satz 2	GKV-SV, DKG: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	:	KBV, PatV
					Ablehnung der Formulierung kein Zwang – keine Maßnahmen ohne Patienteneinwilligung, sonst richterliche Einwilligung zur Zwangsbehandlung erforderlich	Zustimmung unter Ergänzung: „unter Abstimmung mit den für die Behandlung der Grunderkrankung qualifizierten Ärzten und mit Zustimmung der/des Versicherten“
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV:	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<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 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 Vertrags-</p>	<p>¹Eine 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. 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</p>		
--	--	--	--	---	--	--

			<p>arzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>		
			<p>Ablehnung</p>	<p>Zustimmung unter Änderung: Satz 3</p> <p><i>Änderung</i></p> <p><i>„Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse, dass die An-und Zugehörigen sich im Verordnungszeitraum beteiligen möchten. Der ärztlich verordnete Verordnungsumfangs ist nicht zu kürzen.“</i></p>	<p>Ablehnung</p> <p>„Rückzugspflege“ analog HKP, kann aufgrund der Bestimmungen von §37c nicht angestrebt werden. Lediglich eine freiwillige Beteiligung der An- und Zugehörigen bei ausdrücklich bekundetem Wollen und Können und auf Wunsch des Patienten ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Der ärztliche Verordnungszeitraum ist aufgrund einer freiwilligen Beteiligung von A-u. Zugehörigen nicht zu kürzen.</p>	<p></p> <p>Eine freiwillige Beteiligung der An-und Zugehörigen bei ausdrücklich bekundetem und dokumentiertem Wollen und Können und auf Wunsch des Patienten oder der Patientin, ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Die Absprache einer Mitversorgung dient der Vermeidung von Zwangslagen und einer abgesicherten Organisation, insbesondere hinsichtlich abzustimmender Versorgungszeiten, dem Durchführen einer Sicherheitsbeurteilung und dem Vorliegen eines Notfallplanes.</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
			Zustimmung			
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: Zustimmung:
			Datenerhebung der Krankenkassen ist abschließend in § 284 SGB V festgelegt.  Der Behandlungsplan bedarf einer grundlegenden Überarbeitung			

Sonstiges

Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.

Gemäß § 37 c Abs. 1, Satz 8 SGB V sind Richtlinien gem. § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kindes- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt „getrennt“ von volljährigen Versicherten zu regeln. Das ist hier nicht der Fall.

Die Eigengesetzlichkeit des Kindes- u. Jugendalters ist seit mehr als einhundert Jahren Grundlage der wissenschaftlichen Pädiatrie.

Intensivpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die bereits mit der Geburt oder im Kindes- oder Jugendalter schwerwiegende chronische Erkrankungen und Behinderungen erworben haben, entwickeln sich unter und mit deren Folgen anders, als gesunde Individuen und haben häufig zeitlebens spezielle Versorgungsbedarfe.

Mit der Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention 1992, wurden die besonderen Bedürfnisse von Kindern im geltenden Recht berücksichtigt und das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit anerkannt.

Die Versorgung mit AKI muss die Integration in die Gruppe Gleichaltriger sowie eine normale Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterstützen, was die Möglichkeit des Aufenthaltes in allen alterstypischen Lebens- und Erfahrungsräumen einschließt.

Um eine Gleichbehandlung wesentlich ungleicher Vergleichsgruppen zu vermeiden und um die, unter dem besonderen Schutz des Staates stehenden Belange von Kindern und Jugendlichen und Familien, zu würdigen, hatte der G-BA dem gesetzgeberischen Auftrag nachzukommen, in den Richtlinien jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18.LJ, für junge Volljährige bei denen ein Krankheitsbild des Kindes- und Jugendalters fortbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kindes- 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 in Hinblick auf die außerklinische Intensivpflege zu bestimmen.

Der G-BA als untergesetzlicher Normgeber und Gestalter der Gesundheitspolitik regelt in der AKI- RL die Belange von chronisch kranken, häufig mehrfach behinderten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (und deren Familien) mit hoher Intensität: Daher sind unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Kindern, Heranwachsenden und seit dem Kindesalter chronisch komplex-erkrankten Erwachsenen im Unterschied zu anderen Patientengruppen deutlich andere Maßstäbe anzulegen

Die jungen Patienten befinden sich mit den Folgen ihrer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und Behinderung in der Lern- und Entwicklungsphase. Unter der Berücksichtigung altersspezifischer, psychosozialer Bedürfnisse sowie heterogener und häufig seltenen Grunderkrankungen, Begleiterkrankungen und Therapieverläufe sowie altersspezifischer Lebenssachverhalte, sind gesundheitspolitische Normsetzungen, wie in dieser Richtlinie, nicht von Erwachsenen auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Erkrankungen, die seit dem Kindesalter bestehen und die sich weitgehend der Standardisierbarkeit entziehen, übertragbar.

Die vom G-BA in Auftrag gegebene Leitlinienrecherche: „Entwöhnung von einer Beatmung bzw. Entfernung der Trachealkanüle“ zeigt für diese spezielle Patientengruppe keine oder eine lediglich schwache Evidenz in fast allen Studien bezüglich standardisierter Therapieschemata und eines strukturierter Weaning- und Dekanülierungsprozesse.

Bei gleichbleibend geringen Fallzahlen lässt die Studienlage hier keine evidenzbasierten Konsequenzen für prolongiertes Weaning und Dekanülierung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Erkrankungen, die im Kindesalter begonnen haben, erkennen. Die Zeiträume, innerhalb derer Fortschritte erzielt werden können, um die es zu ringen lohnt, müssen schon aufgrund individueller Entwicklungs- und Wachstumsprozesse weiter gefasst werden als bei akut erkrankten Erwachsenen oder geriatrischen Patienten nach Aufenthalt auf einer Intensivstation.

Die heterogenen Erkrankungsverläufe bei häufig seltenen Grunderkrankungen, sind auf komplexe und vielfältige Weise mit der körperlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung der Patientengruppe assoziiert. Für diese Gruppe, so die Schlussfolgerung, muss hochgradig individuell vorgegangen werden. Eine OPERATIONALISIERUNG wie in dieser Richtlinie, ist für diese Patientengruppe weder fach- noch sachgerecht. Im Gegenteil -es besteht die Gefahr von Fehlbehandlungen und Unterversorgung chronisch schwer erkrankter Kinder, jugendlicher und junger Erwachsener.

Eine zahlenmäßige Expansion dieser Patientengruppe ist nicht statistisch evident. (siehe: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 118, Heft 23, 11.06.2021, S 403, f mit Grafik zur Altersstruktur, S. 404)

Die ambulante ärztliche und pflegerische Versorgung dieser überwiegend ambulant versorgten jungen Patientengruppe, ist nicht vor allem durch Fehlanreize oder Fehlversorgungen, sondern vielmehr durch strukturelle Unterversorgung gekennzeichnet. Spezialisierte Pädiatrische Beatmungszentren /neurologische Frührehabilitationseinrichtungen, sind kaum vorhanden und bis heute nicht zertifiziert. Gleiches gilt für ebenso wenige pädiatrische Intensivstationen, mit Erfahrung in teilhabeorientierter pädiatrischer außerklinischer Langzeitbeatmung und Trachealkanülen Versorgung.

Es handelt sich um einen speziellen Personenkreis mit speziellen Anforderungen an eine angemessene Infrastruktur, angemessene technische Ausstattung sowie spezielle Personalschlüssel und vor allem, an eine spezielle, langjährige ärztliche, fachpflegerische und sozialpädiatrische Expertise.

Berücksichtigt werden müssen weiterhin, besondere strukturelle Rahmenbedingungen wie ökonomische Strukturvorgaben in der Pädiatrie und psychosozialer Erfordernisse wie der Möglichkeit der Mitaufnahme der Eltern oder einer Begleitperson aus medizinischer Indikation.

Die ärztliche Behandlung (komplexer) Erkrankungen und Begleiterkrankungen muss immer leitliniengerecht erfolgen.

Da beatmungspflichtige und trachealkanülierte Versicherte in Kliniken zur der am höchsten gefährdeten Patientengruppe zählen, ist eine konsequente Ambulantisierung der Versorgung langzeitbeatmeter und trachealkanülierter, sowie aus anderen Gründen intensivpflegebedürftiger Patienten und Patientinnen, unter Etablierung telemedizinischer Strukturen zu fordern. Für deren Einsatz sind bei vorhandenem Know-how, die personellen und die Vergütung betreffenden Voraussetzungen zu schaffen.

Die pädiatrische Versorgungslandschaft ist weitgehend nicht am Bedarf dieser speziellen Gruppe innerhalb der chronisch kranken und behinderten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgerichtet. Sie ist vielerorts regelhaft nicht sichergestellt und steht klinischerseits immer unter dem Vorbehalt der Betten-sperrung aus Gründen des Fachpflegemangels.

Die Ermittlung des individuellen Bedarfs an der Verordnung von AKI, darf nicht auf eine Bewertung des Ent-wöhnungspotentials beschränkt werden, sondern muss sich an der internationalen Klassifikation der Funk-tionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO – ICF 2005) orientieren. Gesundheit nach ICF bedeutet die Integrität der körperlichen Funktionen, Aktivitäten, individueller Leistungsfähigkeiten sowie Fähigkei-ten und Möglichkeiten der sozialen Teilhabe.

Bei Patienten und Patientinnen, die seit der Geburt oder im Laufe der Kindesalters schwerwiegend, chro-nisch und komplex erkranken und mit einer medizinisch indizierten Kanülenversorgung und oder Beat-mungstherapie versorgt werden müssen, ist es Fach- und sachgerecht , auch den Hilfsmittelcharakter die-ser Therapien in den Blick zu nehmen und zu würdigen, dass diese den jungen Patienten weit mehr ermög-licht als das pure Überleben - nämlich die Entwicklung all ihrer Potenziale, die altersgerechte soziale und gesellschaftliche Teilhabe sowie einen Platz in der Gesellschaft.

Junge Menschen, die sich in der Entwicklung befinden, haben einen Anspruch auf komplexe stets leitlinien-gerechte Behandlung gemäß ihrer Grunderkrankung und deren gesundheitsbezogenen Folgen sowie einen individuellen Förderanspruch zur Entwicklung ihrer physischen, kognitiven und psychischen Potenziale.

Der Prävention kommt in dieser Patientengruppe eine außerordentlich gewichtige Rolle bezüglich der Ver-meidung sozialer, kognitiver und emotionaler Entwicklungsstörungen und Spätfolgen zu.

Der umfassender Rehabilitationsanspruch zielt wesentlich auf größtmögliche Autonomie, Teilhabe und die (Wieder) Eingliederung in Kita, Schule, Ausbildung, Werkstatt und Beruf. Der Anspruch auf medizinische Rehabilitation darf nicht durch Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege eingeschränkt werden.

Bei Kindern und Jugendlichen, ist bei Überleitung in die ambulante Versorgung regelhaft

die Sozialmedizinische Nachsorge zu verordnen und nach Prüfung der Anspruchsvoraussetzung von den Krankenkassen zu bewilligen. Die sozialmedizinische Nachsorge stellt sicher, dass qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Kind und seine Familie von der stationären Behandlung oder Rehabilitation ab begleiten und einen reibungslosen Übergang in die häusliche Pflege und die ambulante Behandlung ermöglichen. → https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_43.html

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.

	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)	
	22.07.2021	
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	
		Die Sinnhaftigkeit der Aufnahme des Passus/der Berufsgruppe ist vor dem Hintergrund des Skill/Grade-Mix in der Versorgung gegeben.

§ 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.	
			Ergänzung: Darstellung Qualifizierungsanforderung in dem Versorgungsbereich der außerklinischen Intensivpflege.	Passus wird prinzipiell befürwortet. Aus Sicht der DGP ist die differenzierte Beschreibung der Qualifizierung zu empfehlen.
§ 1	Absatz 2		Satz 3: Ergänzung: pflegewissenschaftliche und bezugswissenschaftliche Erkenntnisse sind aufzunehmen.	Fokus auf reine naturwissenschaftliche Perspektive ist in dem Setting der ambulanten Intensivpflege vor dem Hintergrund aktueller pflegebezogener Theorien und Forschung nicht ausreichend.
§ 1	Absatz 3		Änderung/Ergänzung: ⁴ Dabei sind die Ressourcen im häuslichen Umfeld zu fördern und angemessen zu berücksichtigen; unter gleichzeitiger Berücksichtigung psychosozialer Faktoren der An- und Zugehörigen.	Den Eltern soll die ambulante Intensivversorgung als Entlastung dienen, auch mit Blick auf das Kindeswohl. Schutz vor Kindeswohlgefährdung durch überlastete Eltern.
§ 1	Absatz 4		Satz 1: Empfehlung: Aufhebung der Nummerierung, Ersetzen durch Aufzählungszeichen.	Gleichberechtigte Aufführung der Versorgungsorte für die außerklinische Intensivpflege.
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass 1. die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist,	

			<p>2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</p> <p>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>
			Die Übernahme wird empfohlen
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p>
			Die Übernahme wird empfohlen
§ 1	Absatz 6		
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: Die Übernahme wird empfohlen</p>

§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur indivi-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>duellen 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

			genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
					Die Übernahme soll erfolgen		Dieser Satz ist von hoher Bedeutung, um auch nicht-beatmeten Intensivpatiet*innen eine entsprechende Versorgung zu ermöglichen.
§ 3	Absatz 2						
§ 3	Absatz 3						
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden.	PatV: (3) ¹ 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 verord-	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>nende 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>		
§ 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.			
			Zustimmung mit der Ergänzung: „Folgeverordnung kann ausgestellt werden, wenn aus dem laufenden Behandlungsplan ersichtlich ist, dass keine Potentiale für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorliegen.“			
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
			Übernahme soll erfolgen					
§ 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		
					Übernahme soll erfolgen			
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation					
			Übernahme soll erfolgen					
			DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV		
		Übernahme soll erfolgen			Da bekannt ist, dass bei sedierten Menschen oder bei Beeinträchtigungen des Bewusstseins eine Unterversorgung bei Schmerzen vorliegt, der			

					mit gezielter Einschätzung begegnet werden kann.
		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
		Die Übernahme ist zu empfehlen			
		KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten			
		Übernahme sollte erfolgen, jedoch sollte ein Assessmentinstrument benannt werden			
		KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens			
		Grundsätzliche Zustimmung, jedoch sollte ein geeignetes Verfahren benannt werden.			
		KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			

			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Grundsätzliche Zustimmung, jedoch ist die Festlegung auf ein Assessmentinstrument zu bedenken.			
			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:	KBV, GKV-SV:	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			Übernahme wird empfohlen	Wird nicht empfohlen, da die Art der Diagnostik nicht relevant für den Fokus der §3 der RL ist.		
		DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV	
			Übernahme wird empfohlen			
		KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität				
		Übernahme wird empfohlen				
		KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität				
		Übernahme wird empfohlen				

			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			
			Übernahme wird empfohlen			
§ 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.			
			Übernahme wird empfohlen			
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			Übernahme wird empfohlen	Diese sehr differenzierte Qualifikationsanforderung birgt die Gefahr von Versorgungslücken.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Übernahme wird nicht empfohlen	da umfängliche Kenntnisse zur intensivtherapeutischen Versorgung und somit für die Beurteilung und Entscheidung zur Verordnung erforderlich sind.		
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<ol style="list-style-type: none"> 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.		
			Übernahme kann empfohlen werden.		
§ 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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>	

KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
	Übernahme kann empfohlen werden.		
PatV zusätzlich: , 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.			

			Aufzählung dient der Beschreibung der Beatmungsentwöhnungs-Einheiten und kann nicht als absolut verstanden werden, daher ist zu empfehlen die Aufzählung b) bis e) als Beispiele anzuführen.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
			Übernahme kann empfohlen werden			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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. ² Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur	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.	PatV, GKV-SV	KBV

			Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.			
			Übernahme sollte unterstützt werden			
§ 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.			
			Übernahme sollte unterstützt werden.			
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)			
			Übernahme sollte unterstützt werden.			

			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 Übernahme ist zu unterstützen.
§ 5	Absatz 3		
§ 5	Absatz 4		
§ 5	Absatz 5		
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie, Übernahme sollte unterstützt werden.
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte Übernahme kann empfohlen werden. 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) Übernahme kann empfohlen werden.

§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 6	Absatz 1					
§ 6	Absatz 2					
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			<p>Übernahme kann empfohlen werden.</p>	<p>Für die Formulierung in §6 Abs. 2 Satz 2 wird eine Anpassung empfohlen die für die erwachsenen Personengruppen ebenfalls eine Folgeverordnung für länger als 12 Monate vorsieht, wenn das Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung in diesen Zeitraum nicht besteht.</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>

			Übernahme sollte unterstützt werden.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			Übernahme sollte unterstützt werden.			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			
			Übernahme sollte unterstützt werden			
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Sie ist zwingend noch vor der Ein-	PatV:	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>bindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³Die 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.</p>	<p>²Bei 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>		
			<p>Übernahme sollte unterstützt werden</p> <p>Ergänzung: Das unterstützende soziale Umfeld mit Fokus auf die zukünftige Versorgung ist in die Beratung zu inkludieren.</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV: Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	<p>DKG: Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>DKG</p>

			<p>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>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>		
			<p>Übernahme kann empfohlen werden</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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,</p>			

			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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
				Übernahme sollte unterstützt werden		

§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Übernahme wird nicht empfohlen			
§ 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
			Übernahme sollte erfolgen			
§ 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,	
			Übernahme sollte unterstützt werden	
§ 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.	
			Passage muss aufgenommen werden	Mit Blick auf die Pflegebedürftigkeit sind weitere nicht explizierte pflegerischen Maßnahmen notwendig. Der gesamte Pflegeprozess ist für die intensivpflegebedürftige Person abzubilden. Pflegespezifische Aspekte sind in der RL bisher nicht ausreichend berücksichtigt.
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4			
§ 9	Absatz 5			
			PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern	

§ 9	Abs. 5	Satz 1	Übernahme sollte unterstützt werden			
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach</p>	GKV-SV, KBV, DKG	<p>PatV</p> <p>Übernahme sollte unterstützt werden</p> <p>Versorgungssicherheit muss gegeben sein, für spezielle außerklinische intensivpflegerische Interventionen muss geeignetes Pflegefachpersonal zur Verfügung stehen.</p>

				§132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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 ein-	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				schließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
			Stimmen zu			
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Übernahme sollte unterstützt werden			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Übernahme sollte unterstützt werden			
§ 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
			Übernahme sollte unterstützt werden		Aufgrund der im Moment schwachen Strukturierung dieser spezialisierten Einrichtungen scheint eine Verpflichtung derzeit zu hoch angesetzt.	

§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Übernahme wird derzeit nicht unterstützt, Änderungen müssten erfolgen: Angaben für Zeitraum bis Kooperationspartner die Anforderungen erfüllen können/müssen (Übergangszeitraum)			
§ 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:	KBV, PatV:	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	² 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.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					

§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt infor-	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im	KBV, DKG, GKV-SV	PatV Sollte eine Aufnahme erfolgen unterstützen wir die PatV, um eine adäquate Angehörigenbeteiligung zu gewährleisten und die Patient*innenversorgung sicherzustellen.
------	------------------	----------	--	---	-------------------------	--

			miert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
			Der Begriff der Rückzugspflege ist unangemessen, da es in der pflegerischen Versorgung/im Pflegeverständnis immer um die Förderung des Selbstmanagements, der Selbstständig und um die Erlangung einer Pflegeunabhängigkeit geht.			
§ 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
			Übernahme sollte unterstützt werden			
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:

	Wir empfehlen hier ein Muster eines Behandlungsplanes in die Richtlinie aufzunehmen.			
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.				

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 Beschlusssentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

		Diakonie Deutschland– Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung .	
		22.07.2021	
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	Die Diakonie Deutschland unterstützt ausdrücklich die Ausführungen der PatV zur Heterogenität der Personengruppen, die der außerklinischen Intensivpflege bedürfen. Allen Patientengruppen mit Anspruch auf AKI ist gemeinsam, dass sie bei lebensbedrohlichen Situationen, die jederzeit unvorhersehbar auftreten können, sofortiger pflegerischer und/oder ärztlicher Interven-	

		<p>tion bedürfen. Mit der Richtlinie ist somit sicherzustellen, dass der bisherige Rechtsanspruch auf Versorgung bei besonders hohem Bedarf an med. Behandlungspflege nicht auf den großen Patientenkreis der beatmeten, trachealkanülierten Personen im weiteren Sinne und auf solche beatmeten Personen, für die im engeren Sinne ein Weaning-Potenzial besteht, eingegrenzt werden darf. Nach den Übergangsregelungen soll in der Richtlinie mit Wirkung zum 31.12.2023 die Verordnung nach Nr. 24 der derzeitigen HKP-Richtlinie von „spezieller Krankenbeobachtung“ gestrichen werden. Damit würde der Personenkreis, der künftig Anspruch auf AKI hat, unzulässig beschränkt werden. Beispiele sind z.B. Menschen mit schweren epileptischen Erkrankungen, bei denen jederzeit lebensbedrohliche Schluckstörungen auftreten können.</p> <p>Außerdem bedarf es unserer Auffassung nach weiterhin der speziellen Krankenbeobachtung für einen begrenzten Zeitraum im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Hierzu haben wir uns im Stellungnahmeverfahren zur Übergangsregelung positioniert.</p>	
§ 1	Abs. 1	Satz 3	<p>PatV zusätzlich: /Pflegekräfte</p> <p>Der Vorschlag der PatV wird abgelehnt.</p> <p>Regelungsgegenstand des Richtlinienentwurfs ist die außerklinische Intensivpflege und nicht die Häusliche</p>

				Krankenpflege. Die außerklinische Intensivpflege darf unserer Auffassung nach nur an Pflegefachkräfte delegiert werden.
§ 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 personellen Anforderungen an die pflegerische Versorgung sind in den Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V zu regeln. GKV-SV, DKG und KBV überschreiten mit dem vorgeschlagenen § 1 Abs. 1 Satz 5 den Kompetenzbereich des G-BA. Vorgaben für die Eignung von Pflegefachkräften für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege sollten sowohl im Richtlinien text selbst 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>Änderungsvorschlag:</p> <p>„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, und 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>Den Tragenden Gründen zu § 1 Abs. 1 Satz 4 ist zu entnehmen, dass es eine unterschiedliche Rechtsauffassung zur Regelungskompetenz des G-BA zu den sonstigen geeigneten Orten gibt. Wir verzichten darauf, uns in diesem Streit generell zu positionieren. Die Diakonie Deutschland hält es jedoch für erforderlich, Satz 4 so zu formulieren, dass er wirklich der Qualitätssicherung dient und nicht die Orte, an denen die außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann, in nicht zulässiger Weise einschränkt. Zum einen muss die Leistungserbringung bei den sonstigen geeigneten Orten auch dann möglich sein, wenn sich der Versicherte dort nicht regelmäßig aufhält. Zum anderen erschließt sich uns der inhaltliche Mehrwert von Ziffer 3 in Relation zum 2. Halbsatz von Ziffer 2 nicht. Unserer Auffassung nach impliziert die zuverlässige Durchführung die in Zif-</p>
-----	--------	--------	--	---

				fer 3 genannten Aspekte. Außerdem möchten wir darauf verweisen, dass in § 9 Abs. 5 auch noch Aussagen zur Gewährleistung einer sicheren Durchführung der verordneten Maßnahmen getroffen werden. Diese Ausführungen sind unserer Ansicht zu synchronisieren und zur Vermeidung von Interpretationsspielräumen und Konfliktpotential an einer Stelle in der AKI-RL zu verorten.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll Der Vorschlag der PatV wird abgelehnt,	Nach Auffassung der Diakonie Deutschland umfasst nach § 39 Abs. 1 Satz 3 die Krankenhausbehandlung grundsätzlich im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Des Weiteren umfasst die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Außerdem ist die Regelung, dass die außerklini-

				<p>sche Intensivpflege für die Zeit eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden kann, bereits jetzt Bestandteil der HKP-RL.</p>
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p> <p>Änderungsvorschlag zu Abs. 7 der DKG</p> <p>Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem (XX) [zwölf Monate nach der Verabschiedung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V – Datum ist zu einem späteren Zeitpunkt festzulegen] verordnet.</p> <p>Zustimmung zu Abs. 8 des Vorschlags der DKG.</p>	<p>Beide Absätze dienen der Rechtsklarheit und werden deshalb grundsätzlich unterstützt.</p> <p>Leistungen der AKI können nur von Leistungserbringern erbracht werden, die Verträge mit den Krankenkassen nach § 132I Ab. 5 abgeschlossen haben. Diese setzen wiederum den Abschluss der Vereinbarung von Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 voraus. Zu welchem Zeitpunkt die Rahmenempfehlung abgeschlossen sein und dann die Verträge abgeschlossen werden können, ist damit offen.</p>

					Das Datum in Abs. 7 ist mit den Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V zu synchronisieren.	
§ 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.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			<p>²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
			<p>Änderungsvorschlag Satz 1 DKG und Satz 2 GKV-SV, KBV und PatV: „(3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.“</p>	<p>Beide Vorschläge zielen auf das gleiche Ergebnis ab. Wichtig erscheint uns, dass die weitere Zielsetzung der Beatmungsentwöhnung auch weiterverfolgt wird. Deshalb schlagen wir vor, den Text der DKG um den Satz 2 von GKK-SV, KBV und PatV zu ergänzen.</p>	
§ 2	Absatz 4				
§ 2	Absatz 5				
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege					

§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können und daher</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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.</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
			Zustimmung zum Vorschlag der DKG.		Die Richtlinie darf auch künftig nicht nur beatmete und trachealkanülierte Versicherte adressieren. Es darf keine Verengung des Personenkreises stattfinden. Auch Patientengruppen, die nicht täglich, aber regelmäßig und vor allem unvorhersehbar, Bedarf an pflegerischer und/oder med. Intervention aufgrund lebensbedrohlicher Störungen ihrer Vitalfunktionen haben, müssen weiterhin Anspruch auf AKI haben. Beispiele sind Patient*innen mit schwerer Epilepsie und lebensbedrohlichen Schluckstörungen oder Versicherte mit apallischem Syndrom, bei denen das Tracheostoma geschlossen wurde, die aber dennoch weiterhin Schluckstörungen haben, die zwar nicht täglich, aber immer wieder die sofortige Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen.			

					<p>Zudem muss der Rechtsanspruch auf AKI auch nach erfolgreichem Weaning nach der Besonderheit des Einzelfalls bestehen.</p> <p>Der Vorschlag der DKG entspricht unserer Auffassung nach am ehesten der Beschreibung der Patientengruppe (beatmungspflichtige und nichtbeatmungspflichtige Versicherte) im Kontext der AKI. Der von GKV-SV und KBV verwendete Terminus, nach dem eine ...“Intervention mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist“, wird unserer Auffassung nach den Patientengruppen in der AKI nur bedingt gerecht und hat zu verschiedenen Rechtsstreitigkeiten geführt.</p>	
§ 3	Absatz 2					
§ 3	Absatz 3					
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6], dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung</p>	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>Auch nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollen Potenziale einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besser als in der heutigen Versorgung von Versicherten im Rahmen der spezialisierten Krankenbeobachtung ausgeschöpft werden. Wenn entsprechende Potenziale unmittelbar vorhanden sind, sollten schnellstmöglich geeignete Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung eingeleitet werden.</p> <p>Es muss jedoch auch die Möglichkeit geben, dass ausnahmsweise außerklinische Intensivpflege auch bei vorliegendem Entwöhnungspotenzial verordnet werden kann, wenn die Einweisung in eine spezialisierte Einrichtung in begründeten Fällen z.B. wegen Kapazitätsengpässen oder aus psychosozialen Gründen, nicht möglich ist, oder die Entwöhnung in der spezialisierten Einrichtung nicht ausgeschöpft werden kann.</p> <p>Es sollte auch nach dem Weaningversagen eine regelhafte Verordnung auf außerklinische Intensivpflege erfolgen können.</p> <p>Die Richtlinientexte und die Tragenden Gründe sollten entsprechend angepasst werden.</p>
§ 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.			
			Zustimmung zum Ergänzungsvorschlag der PatV.		Wichtig erscheint uns, dass sich die Vertragsärztin, der Vertragsarzt persönlich vom Zustand des Versicherten überzeugt hat. Dies kann durch eine persönliche Untersuchung unmittelbar vor der Verordnung geschehen oder im Rahmen der laufenden Behandlung.	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
			Zustimmung zum Vorschlag GKV-SV, KBV, PatV		Ein zentrales Therapieziel muss die Prüfung des Po- tenzials für eine Umstel- lung auf eine nicht-inva- sive Beatmung sein.	
§ 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.			
			Zustimmung zur Position von GKV-SV, KBV und DKG		Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollte die Erhebung der Potentiale in regelmäßigen Abständen erfolgen. Sechs Monate halten wir für angezeigt.	
§ 3		Satz 10	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			

	Abs. 5 bzw. 6	und 11	<p>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. ¹¹Die 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>			
			Vorschlag der PATV wird abgelehnt.		<p>Auch bei Kindern und Jugendlichen wird eine regelmäßige Erhebung des Weaning-Potentials oder der Dekanülierung als sinnvoll erachtet. Bestehen konkrete Gründe, die gegen eine Entwöhnung oder Dekanülierung sprechen, greift Satz „9 oder 10“. Außerdem schlagen wir in § 6 Abs. 2 Satz 2 eine längere Dauer der Folgeverordnung vor, nämlich 12 Monate.</p> <p>Des Weiteren möchten wir darauf verweisen, dass die hier dargelegte Problematik auch erwachsene Menschen im Wachkoma mit einem jahrelangen Krankheitsverlauf ohne Dekanülierungspotenzial oder bei bereits verschlossenem Tracheostoma ohne Entwicklungspotenzial bei weiterhin bestehender Schluckstörung betreffen kann.</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
		Zustimmung zur Position von KBV, GKV-SV und PatV		
		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)			
			Zustimmung zur Position von KBV und GKV-SV	Ein Ethik-Fallgespräch kann bei bestimmten Krisensituationen, z. B. bei einer möglichen Beendigung der Beatmung angezeigt sein.		
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Zustimmung zur Position KBV, GKV-SV, PatV			
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			Zustimmung zur Position PatV		Für die Lebensqualität spielen die psychosozialen Faktoren eine bedeutsame Rolle.	
§ 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).			

			Zustimmung zur Position DKG, KBV und PatV		Mit dem OPS liegt bereits eine Leistungsbeschreibung vor, die hier zugrunde gelegt werden kann. Es muss eine Synchronisierung des OPS mit der AKI-RL geben, deshalb halten wir die Aufnahme dieses Textes für angezeigt. Für die Anwenderinnen und Anwender im Krankenhaus gewährleistet der dynamische Verweis Rechtssicherheit und Verständlichkeit. Es besteht keine Notwendigkeit, dass der GBA für die stationäre Leistungserbringung von der amtlichen Klassifikation abweichende Vorgaben festlegt.	
§ 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:
			Zustimmung zur Position PatV			
			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 Jugend- medizin [.]	GKV-SV: 5. für die Behandlung von Kindern und Jugend- lichen und jungen Er- wachsenen in der Über- gangsphase zum Erwach- senenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grund- sätzlich durch Fachärztin- nen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeich- nung Kinder- und Ju- gend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
			Zustimmung zum Vorschlag der PatV.		Die Argumente für die Zustimmung wurden in den Tra- genden Gründen von PatV und DKG ausreichend dar- gelegt.	

§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>KBV, PatV, DKG: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
-----	--------	--------	---	---	----------------	--------

			verfügen.	
			Zustimmung zum Vorschlag KBV, PatV und DKG. Die vom GKV-SV vorgeschlagenen Ergänzungen werden abgelehnt.	<p>Wichtig ist, dass die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte AKI verordnen können. Sie kennen den Lebenskontext ihrer Patientinnen und Patienten. Die Wichtigkeit der Einbeziehung der Hausärzte wurde in den Tragenden Gründen von KBV, PatV und DKG ausführlich dargelegt.</p> <p>Die vom GKV-SV vorgeschlagenen zusätzlichen Qualifizierungen schränken den Zugang zur notwendigen Leistung unnötigerweise ein. Sie bereiten große Probleme, da die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege an so komplexe Vorgaben der Hausärzte gebunden wird.</p>
§ 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.	
			Ablehnung des Vorschlags des GKV-SV.	Dies wird von der Diakonie Deutschland abgelehnt, ist nicht, auch praktisch nicht umsetzbar und erhöht die Zugangshürden in ungerechtfertigter Weise.
§ 4	Absatz 2			

§ 4	Abs. 2	Satz 1 und Satz 2	<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>	
			<p>Zustimmung zu Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 von DKG, KBV und PatV. Änderungsvorschlag: Nach dem „um“ sollte im Einleitungssatz von Satz 2 ein „insbesondere“ eingefügt werden.</p>	<p>Die Aufnahme des Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 wird schlüssig in den Tragenden Gründen von DKG, KBV und PatV begründet. Der Gesetzgeber hat jedoch keine abschließende Regelung zu den Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte getroffen, deshalb schlagen wir die Einfügung von „insbesondere“ im Einleitungssatz von Satz 2 vor.</p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		
§ 4		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>	

	Abs. 2 bzw. 3		Zustimmung zu Satz 2	Die Diakonie Deutschland spricht sich für die Aufnahme von Satz 2 in § 4 Abs. 2 bzw. 3 aus. Damit kann, wie in den Tragenden Gründen von PatV, KBV, DKG dargelegt, der Kreis der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte qualitätsgesichert erweitert werden. Auch halten wir den Hinweis auf das telemedizinische Konsil für wichtig, da es zukunftsfähige Hinweise auf eine Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität bietet.
§ 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,	Die Diakonie Deutschland spricht sich für die zusätzliche Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie aus. Auch die Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie gehören unserer Auffassung nach zu den abweichend zu Absatz 1 geeigneten Fachärzten wie in den Tragenden Gründen von PatV, KBV, DKG zu diesem Punkt dargelegt.
			Zustimmung zu § 4 Abs. 3 bzw. 4 Satz 1 Nummer 2 wie von KBV, DKG und PatV vorgeschlagen.	
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,	

			Zustimmung zu § 4 Abs. 3 bzw. 4 Satz 1 Nummer 2 wie von KBV, DKG und PatV vorgeschlagen	Die Diakonie Deutschland spricht sich für die zusätzliche Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie aus. Auch die Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie gehören unserer Auffassung nach zu den abweichend zu Absatz 1 geeigneten Fachärzten wie in den Tragenden Gründen von PatV, KBV, DKG zu diesem Punkt dargelegt.	
		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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
			Zustimmung zum Vorschlag KBV, DKG, PatV.	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 Fachärztinnen und Fachärzte zu sehr ein. Es ist davon auszugehen, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte, die mindestens 18 Monate	

				<p>Handlungskompetenzen und Erfahrungen in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit erworben haben, für 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] geeignet sind.</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. 	
§ 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</p>	

			richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
			Zustimmung zum Vorschlag KBV, DKG, PatV.		Mit der entsprechenden Beschreibung im OPS liegt bereits eine Regelung der Anforderungen an die Potenzialerhebung im Rahmen des Entlassmanagements vor. Insoweit reicht ein Verweis auf den OPS aus, und es ist nicht notwendig, für dieses Setting in der vorliegenden Richtlinie Regelungen zu treffen. Für die Anwender*innen im Krankenhaus gewährleistet der vorliegende dynamische Verweis Rechtssicherheit und Verständlichkeit. Die Begründung für das Erfordernis von § 4 Abs. 3 bzw. 4 Satz 2 wird in den Tragenden Gründen von KBV, DKG, PatV auch im Hinblick auf das Synchronisierungserfordernis von AKI-RL und OPS dargelegt.	
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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. ² Die Liste ist	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	PatV, GKV-SV	KBV

			einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.		
			Vorschlag PatV/GKV-SV wird unterstützt.		Die regelmäßige barrierefreie Veröffentlichung der für die AKI qualifizierten Ärztinnen und Ärzte dient der Transparenz.	
§ 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.			
			Ablehnung des Vorschlags des GKV-SV.		Uns erschließt sich nicht die Notwendigkeit der unverzüglichen Übermittlung der Verordnung durch die Vertragsärztin bzw. den Vertragsarzt an die Krankenkasse generell. Unserer Ansicht nach hat dies durch die/den	

				Versicherten zu erfolgen. Des Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass in der Regel die Erstverordnung AKI über das Krankenhaus erfolgt und die Information und Einbeziehung der zuständigen Krankenkassen im Rahmen des Entlassmanagements in § 7 der AKI-RL geregelt wird.
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Ablehnung des Vorschlags der DKG	
			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	
			Zustimmung zum Vorschlag von KBV, GKV-SV und PatV	siehe unsere Ausführungen zu § 3 Absatz [5 bzw. 6]
§ 5	Absatz 2			
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Zustimmung zum Vorschlag GKV-SV, PatV	Eine Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten umfasst unserer Auffassung nach sowohl das mündliche Erörterungsgespräch als auch die Dokumentation der Ergebnisse des Gesprächs.
§ 5	Absatz 3			

§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			Ablehnung der Position des GKV-SV	
§ 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		Die Befristung der Erstverordnung auf bis zu fünf Wochen ist zu kurz bemessen und abzulehnen.	Die Erfahrungswerte der Praxis mit der außerklinischen Intensivpflege haben gezeigt, dass drei Monate realistisch wären. Durch die Befristung auf bis zu fünf Wochen können Versorgungslücken entstehen, insbesondere wenn die Krankenkassen Folgeverordnungen ablehnen.
§ 6	Absatz 2			

§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			<p>Vorschlag der PatV wird unterstützt. Zusätzlich Ergänzung um den folgenden Satz: „Die Folgeverordnung soll auch dann für längstens 12 Monate ausgestellt werden können, wenn bei erwachsenen Versicherten kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist und kein Verbesserungspotenzial besteht“.</p>	<p>Eine längere Folgeverordnung ist insbesondere beim Personenkreis von Kindern und Jugendlichen indiziert, wenn ein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial besteht oder auch, wenn die Patientin bzw. der Patient nicht beatmet oder trachealkanüliert ist. Zusätzliche Arztbesuche, die nicht notwendig sind, stellen insbesondere für Kinder und Jugendliche eine hohe Belastung dar, die es zu vermeiden gilt, wenn sie nicht medizinisch erforderlich ist. Da die Fallkonstellation, dass Patientinnen und Patienten nicht entwöhnt oder dekanüliert werden können, auch bei Erwachsenen vorliegen kann, sollte für diese Fallkonstellation gleichermaßen die Möglichkeit einer für 12 Monate geltenden Folgeverordnung gegeben sein.</p>		
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-</p>	<p>PatV: [streichen]</p>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			
			Wird unterstützt		Die Diakonie Deutschland unterstützt die Position von KBV, GKV-SV, PatV, bei vorliegendem Potential bereits	

					im Krankenhaus einen Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung zu unternehmen.	
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Der Vorschlag von DKG, GKV-SV und KBV wird unterstützt.		Um Versorgungsbrüche nach Krankenhausentlassung zu vermeiden, z.B. aufgrund von Differenzen	

					in Bezug auf den geeigneten Leistungsort oder fehlende Leistungskapazitäten, ist ein strukturiertes gemeinsames Vorgehen von Krankenhaus, Krankenkasse und Leistungserbringern nach § 132I SGB V bereits im Vorfeld der Entlassung notwendig.	
§ 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	GKV-SV, KBV	DKG

			die Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>		
			Position DKG wird unterstützt.	Es ist sicherlich sinnvoll, wenn die Krankenkasse den Versicherten damit unterstützt, dass sie nicht nur geeignete Leistungserbringer benennt, sondern auch solche mit verfügbaren Versorgungskapazitäten.	

§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	<p>DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
				<p>Zustimmung zum Vorschlag von GKV-SV, KBV, PatV.</p>		<p>Eine bestehende Verordnung soll nach Krankenhausaufenthalt nur dann weiterhin gültig sein, wenn die Voraussetzungen wirklich unverändert vorliegen. Die Formulierung der DKG in Bezug auf „im Wesentlichen“ unveränderte Voraussetzungen lässt viel Interpretationsspielraum und birgt somit Konfliktpotenzial.</p>

§ 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
			Die Position von DKG, KBV, PatV wird unterstützt.		Die vom GKV-SV vorge- schlagenen drei Arbeits- tage sind zu kurz bemes- sen. Wir halten eine Vorla- gefrist von fünf Arbeitsta- gen für angemessen.	

§ 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,		
			Zustimmung zum Vorschlag der PatV.	Auch der Umgang mit einer Maske im Zusammenhang mit einer nicht invasiven Beatmung, und der Umgang mit Hilfsmitteln der Sauerstofftherapie gehören zu den Leistungsinhalten der außerklinischen Intensivpflege. Dies zeigen auch die gegenwärtigen Praxiserfahrungen in der Kinderkrankenpflege und in der häuslichen Krankenpflege für Erwachsene.	
§ 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.		
			Ablehnung des Vorschlags der PatV.	Nach § 9 Abs. 2 Satz 1 des bereits geeinten AKI-RL Entwurfs beinhaltet die außerklinische Intensivpflege alle	

				<p>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. Ein zusätzlicher Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht während der Stunden, in denen die außerklinische Intensivpflege erbracht wird. Dies halten wir sachlich für richtig.</p> <p>§ 9 Abs. 3 Satz 1 trifft ergänzend dazu Aussagen für den Fall, dass die außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht wird. Hier 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.</p> <p>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, kann zusätzlich häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V verordnet werden, und die pflegerischen Prophylaxen etc. sind dann Bestandteil der häuslichen Krankenpflege.</p>
--	--	--	--	---

§ 9	Absatz 3	<p>Ergänzungsbedarf in Abs.3 um folgenden Satz 3:</p> <p>Die außerklinische Intensivpflege nach § 37c Abs. 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>In dem bereits geeinten § 9 Abs. 3 des AKI-RL Entwurfs wird in Satz 1 ausgeführt: „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.“</p> <p>§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V lautet: „Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.“</p> <p>Dies schließt die Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 in „vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen“ aus. Um eine mögliche Versorgungslücke in den vollstationären Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, sollte dieser unserer Ansicht nach durch die Einfügung des vorgeschlagenen Satzes in Absatz 3 begegnet werden.</p>
§ 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			
			Ablehnung des Einschubs der PatV.		Siehe unsere Ausführungen zu § 1 Abs. 4	
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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</p>	<p>PatV:</p> <p>¹Im 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</p> <p>Der ärztlich verordnete Leistungsumfang wird durch die Beteiligung der An- und Zugehörigen nicht reduziert, um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem bei-</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.	spielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
				Die Position der PatV wird unterstützt.		<p>Das Konzept der Rückzugspflege – wie es von GKV-SV, KBV und DKG vorgeschlagen wird, stammt eigentlich aus der Häuslichen Krankenpflege.</p> <p>Es darf nicht dazu führen, dass die Versorgung auf An- und Zugehörige verlagert wird und der Leistungsanspruch eingeschränkt wird. Zudem widerspricht das Konzept</p>

						<p>der Rückzugspflege der Leistungsvoraussetzung des Bedarfs einer ständigen Interventionsbereitschaft bei potenziell lebensbedrohlichen Lagen. Die Formulierung der PatV verdeutlicht zutreffend, dass die Beteiligung der An- und Zugehörigen zu ermöglichen ist, diese aber nicht den ärztlich verordneten Leistungsumfang reduziert. Sie 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>
--	--	--	--	--	--	--

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

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
			Die Position von KBV, DKG und PatV zur Streichung des Absatzes 1 wird unterstützt.		Für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit AKI bedarf es der Zusammenarbeit von ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Fachpersonal auf Augenhöhe und im	

					Rahmen eines Netzwerkgedankens. Dies kommt im nachfolgenden Absatz zum Ausdruck, so dass der vom GKV-SV vorgeschlagene Absatz ersatzlos entfallen kann.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Position der PatV wird unterstützt		Der aktiven Beteiligung des Versicherten kommt für seine Lebensqualität und ggf. den Therapieerfolg eine ganz entscheidende Rolle zu.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Position der PatV wird unterstützt, aber modifiziert. Änderungsvorschlag: „Ggf. einschließlich der an der Versorgung beteiligten An- und Zugehörigen“.		Die Einbeziehung von an der Versorgung beteiligten An- und Zugehörigen hängt vom Vorhandensein dieser ab. Sie spielen z. B. in der häuslichen Kinderkrankenpflege eine zentrale Rolle. In anderen Settings sind sie nicht immer vorhanden. Des Weiteren sollten unserer Auffassung nach alle vorhandenen An- und Zugehörigen einbezogen werden, wenn sie sich an der Versorgung beteiligen. Es muss sich hierbei nicht immer um die medizinische Behandlungspflege handeln.	

§ 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
			Die Position von KBV, DKG, PatV wird unterstützt.		Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen sollten erfolgen, wo geboten, aber nicht verpflichtend sein, wie vom GKV-SV gefordert.	
§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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen ein-	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			<p>einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.</p>	<p>schließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.</p>		
			<p>Unserer Auffassung nach sind die beiden Texte zu verbinden und wie folgt zu formulieren: „²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach § 4 Absatz 4 ein und informiert die Krankenkasse.“</p>		<p>Durch die Verbindung der beiden Texte erhält der Vorschlag von KBV/PatV eine höhere Verbindlichkeit zur Einleitung von Maßnahmen.</p>	
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	<p>KBV, DKG, GKV-SV: 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 der verordnenden Vertragsärztin oder dem</p>	<p>PatV: ¹Eine 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</p>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen.</p> <p>²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann.</p> <p>²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen.</p> <p>³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>		
				<p>Die Position der PatV wird unterstützt.</p>		<p>Das Konzept der Rückzugspflege, das von GKV/KBV und DKG unterstützt wird, darf nicht dazu führen, dass die Versorgung auf An- und Zugehörige verlagert wird</p>

						und der Leistungsanspruch eingeschränkt wird. 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.
§ 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

			Unterstützung der Position von KBV, PatV			
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:		
		Die Position von PatV/KBV/DKG wird unterstützt.			Die vom GKV-SV im Anhang als Behandlungsplan beschriebenen Inhalte leisten keinen Beitrag zur vom GKV-SV in den Tragenden Gründen geforderten Spezifizierung. Der Anhang „Behandlungsplan“ ist somit entbehrlich.	

§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG:	PatV:	GKV-SV, KBV, DKG	PatV
-----	--------	----------	-------------------	-------	------------------	------

			<p>¹Der 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. ³Im 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>¹Im 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</p> <p>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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
--	--	--	--	--	--	--

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 Beschlusentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

			AWO Bundesverband e.V.		
			23.07.2021		
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: /Pflegerkräfte		
			Der AWO Bundesverband lehnt diesen Vorschlag ab.		Medizinische Behandlungspflege setzt grundsätzlich eine dreijährige pflegerische Berufsausbildung voraus und wird daher an Pflegefachkräfte delegiert. Weiterführende Regelungen zur Durchführung medizinischer Behandlungspflege

				sind nicht Regelungsgegenstand des vorliegenden Richtlinienentwurfs.
§ 1	Abs. 1	Satz 5	GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.	
			<p>Grundsätzlich unterstützt der AWO Bundesverband die Vorschlag von GKV-SV, DKG, KBV und schlägt folgende Ergänzung vor:</p> <p>Pflegefachkräfte ohne besondere Qualifizierung können in die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege eingebunden werden, wenn eine Anleitung und Aufsicht einer verantwortlichen Pflegefachkraft mit besonderer Qualifikation sichergestellt ist.</p>	<p>Aus Sicht des AWO Bundesverbandes können auch Pflegefachkräfte ohne Qualifizierung für außerklinische Intensivpflege in die Versorgung mit einbezogen werden, wenn durch eine verantwortliche besonders qualifizierte Pflegefachkraft die Aufsicht und Anleitung sichergestellt ist.</p> <p>Diese Möglichkeit kann die berufliche Weiterentwicklung von Pflegefachkräften befördern, indem der Tätigkeitsbereich der AKI aktiv kennengelernt wird und so das Interesse entsteht, sich trotz hoher Kosten und Zeitaufwand weiter zu qualifizieren. Ein Mangel an besonders qualifiziertem Personal und der Ausschluss von Pflegefachkräften bei der AKI unterstützend tätig zu werden, könnte dazu führen, dass die Versorgung in der Häuslichkeit nicht mehr sichergestellt werden kann und Menschen gegen ihren Willen in stationären Einrichtungen untergebracht werden müssen.</p>
§ 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>Der AWO Bundesverband unterstützt die Position von KBV/DKG/GKV-SV mit zwei wesentlichen Modifizierungen:</p> <p>„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>Die nähere Definition der Anforderungen an die „sonstigen geeigneten Orte“ wird positiv bewertet, um die Genehmigung von AKI durch die Krankenkassen insbesondere für Menschen mit Behinderung zu erleichtern.</p> <p>Zu 2.: Die Voraussetzung aus Nummer 1, dass Menschen geeignete Orte „regelmäßig wiederkehrend“ aufsuchen müssen, schränkt jedoch den Teilhabeanspruch und die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung ein. Diese bedürfen z.B. auch der Versorgung während Freizeitaktivitäten an Orten, die sie nur situativ aufsuchen. Daneben wird die Voraussetzung eines „regelmäßig wiederkehrenden Aufenthalts“ als nicht zielführend für Menschen in betreuten Wohnformen angesehen, die ebenfalls „sonstige geeignete Orte“ im Sinne von § 1 Absatz 4 Nr. 5 sind. In diesen Wohnformen leben Menschen mit Intensivpflegebedarf</p>

				<p>dauerhaft und nicht „regelmäßig wiederkehrend“.</p> <p>Zu 3: Des Weiteren ist aus Sicht des AWO Bundesverband die Nummer 3 obsolet, da die hier ausgeführten räumlichen Bedingungen bereits in Nummer 2 mit der Voraussetzung, dass eine zuverlässige Durchführung möglich sein muss, erfasst sind. Darüber hinaus finden sich in § 9 Abs. 5 Aussagen zur Gewährleistung einer sicheren Durchführung der verordneten Maßnahmen und der Verweis auf die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz	PatV: kann soll	

		1/ Satz 2	<p>Der AWO Bundesverband lehnt die Position der PatV ab, spricht sich jedoch dafür aus, in begründeten Ausnahmefällen die Möglichkeit einer Verordnung während eines Aufenthaltes in einer Einrichtung aufzunehmen.</p> <p>Änderung von Satz 3:</p> <p>In begründeten Ausnahmefällen kann von Absatz 5 Satz 1 und 2 abgewichen werden und eine Verordnung erfolgen.</p>	<p>Außerklinische Intensivpflege ist grundsätzlich eine ambulante Leistung, weshalb sie weder während eines Krankenhausaufenthalts noch bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung oder bei Rehaaufenthalt verordnet werden kann. In begründeten Ausnahmefällen sollte dies jedoch möglich sein, um Versorgungsbrüche und -lücken zu vermeiden.</p> <p>Die Tragenden Gründe weisen zu Recht auf Defizite bei der Versorgung von Versicherten mit Intensivpflegebedarf in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen hin.</p>
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
			<p>Der AWO Bundesverband unterstützt grundsätzlich den Vorschlag der DKG mit folgendem wesentlichen Änderungsvorschlag zu Abs. 7 :</p> <p>Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie</p>	<p>Der AWO Bundesverband begrüßt, dass Absatz 7 und 8 Rechtsklarheit schaffen. Da Leistungen der AKI jedoch ausschließlich von Leistungserbringern erbracht werden kön-</p>

			<p>werden ab dem (XX) [zwölf Monate nach der Verabschiedung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V – Datum ist zu einem späteren Zeitpunkt festzulegen] verordnet.</p>	<p>nen, die die entsprechenden Verträge nach § 132I Absatz 5 abgeschlossen haben und diese wiederum die Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 voraussetzten, ist offen, ab wann Verträge abgeschlossen werden können.</p> <p>Daher sollte das Datum in Abs. 7 ist mit den Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V synchronisiert bzw. an diese gekoppelt werden. In der darauf folgenden Übergangsfrist muss nicht nur eine Frist für Betroffene berücksichtigt werden, die für die Organisation der Versorgung im außerklinischen Bereich benötigt wird, sondern auch eine Frist vorgesehen werden, die die Leistungserbringer benötigen, um die notwendigen Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V zu verhandeln und abzuschließen.</p> <p>Die Ergänzungen sollten daher erst zwölf Monate nach der Verabschiedung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V in Kraft treten.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege					
§ 2	Absatz 1				
§ 2	Absatz 2				
§ 2	Absatz 3				
§ 2	Abs. 3		DKG	GKV-SV, KBV, PatV:	DKG GKV-SV, KBV, PatV:

			(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.	(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 perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
			Die Position von GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.		Aus Sicht des AWO Bundesverband kommt in der Formulierung von GKV-SV, KBV, PatV die Zielstellung der Dekanülierung, der Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung deutlicher zum Ausdruck.	
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege						
§ 3	Absatz 1					
§ 3	Abs. 1		DKG:	GKV-SV, KBV:	PatV:	DKG GKV- PatV

			<p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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 in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer</p>	<p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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>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 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden</p>		SV, KBV	
--	--	--	---	--	--	--	------------	--

			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.	bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.				
			Der AWO Bundesverband unterstützt die Position der DKG.			Der Vorschlag der DKG bildet nach Auffassung des AWO Bundesverband die Patientengruppe (beatmungspflichtigen und nichtbeatmungspflichtigen Versicherten) im Kontext der AKI sachgerecht ab.		
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							

§ 3	Abs. 3	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 vorüber-</p>	<p>PatV:</p> <p>(3) ¹Zeigt 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>	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	--	-------------	------

			gehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
			Die Formulierung ist sachgerecht			
§ 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.			
			Der AWO Bundesverband stimmt dem Ergänzungsvorschlag der PatV zu.		Wichtig erscheint uns, dass sich die Vertragsärztin, der Vertragsarzt persönlich vom Zustand des Versicherten überzeugt hat. Dies kann durch eine persönliche Untersuchung unmittelbar vor der Verordnung geschehen oder im Rahmen der laufenden Behandlung.	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5	Satz	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

	bzw. 6	2	Der AWO Bundesverband unterstützt die Position von GKV/KBV.		Die frühzeitige Prüfung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmung bzw. vollständigen Dekanülierung soll ein zentrales Therapieziel sein.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			
			Der AWO Bundesverband unterstützt die Position.		Nach Auffassung des AWO Bundesverband sollte die Erhebung der Potentiale in regelmäßigen Abständen erfolgen. 6 Monate halten wir für angemessen.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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.			
			Der AWO Bundesverband lehnt den Vorschlag der PatV ab.		Auch bei Kindern und Jugendlichen wird eine regelmäßige Erhebung des Weaning-Potentials oder der Dekanülierung als sinnvoll erachtet. Bestehen konkrete Gründe, die gegen eine Entwöhnung oder Dekanülierung sprechen, greift Satz „9 oder 10“.	
§ 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		
			Die Position der PatV wird abgelehnt. Es liegt jedoch ein Zusammenhang mit Absatz (5) bzw. (6) vor. Aus diesem Grund wird folgende Ergänzung vorgeschlagen: Liegen konkrete Gründe vor, die gegen eine Entwöhnung oder Dekanülierung sprechen, kann von einzelnen Befunden zum Beatmungsstatus und Beatmungsentwöhnungspotenzial abgesehen werden.					
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation					
			Position PatV wird unterstützt.				Nicht bei jede*r Patient*in, der*die Anspruch auf eine Verordnung von AKI hat, liegt eine Indikation zur Beatmung vor.	
			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	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	

	Beatmung geführt hat;			
	Die Position von KBV/GKV-SV und PatV wird unterstützt.			
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				
Der AWO Bundesverband unterstützt diesen Vorschlag.			Der Patientenwille muss eine zentrale Rolle spielen in der Versorgung und Behandlung und muss entsprechend erhoben und festgestellt werden.	
KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)				
Position wird unterstützt.			Ein Ethik-Fallgespräch ist nichtregelhaft, aber ggf. notwendig, vor allem bei einer möglichen Beendigung der Beatmung	
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
	Unterstützung der Position PatV		Für die Lebensqualität spielen die psycho-sozialen Faktoren eine	

					große Rolle.	
§ 3	Absatz 7 bzw. 8					
§ 3	Abs. 7 bzw. 8		<p>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).</p>			
		Unterstützung DKG/KBV/PatV	Position		<p>Mit der Beschreibung im OPS liegt bereits eine Regelung der Anforderungen an die Potenzialerhebung im Rahmen des Entlassmanagements vor. Insoweit reicht ein Verweis auf den OPS aus und es ist nicht notwendig, für dieses Setting in der vorliegenden Richtlinie Regelungen zu treffen. Für die Anwender_innen im Krankenhaus gewährleistet der dynamische Verweis Rechtssicherheit und Verständlichkeit. Mit ihm werden zeitaufwändige bürokratische Abgleiche vermieden und eine Konsistenz des Leistungsgeschehens erreicht. Es besteht keine Notwendigkeit, dass</p>	

					der GBA für die stationäre Leistungserbringung von der amtlichen Klassifikation abweichende - Vorgaben festlegt.	
§ 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
			Der AWO Bundesverband unterstützt die Position von PatV und DKG.		Die Situation von Versicherten im Wachkoma wird somit besonders berücksichtigt.	
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
				Wird vom AWO Bundesverband unter-		

				stützt.		
			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: ²Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			
			Ergänzung in Satz 1 Punkt 9: ggf. Sitz der Trachealkanüle		Bitte „ggf.“ hinzufügen. Es ist davon auszugehen, dass auch Versicherte ohne Tracheostoma und Trachealkanüle ihren Anspruch auf außerklinische Intensivpflege erwirken 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 Erwachse-	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>nenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>			
			Vorschlag KBV/PatV/DKG wird unterstützt.		<p>inder- und Jugendärzte sind Teil der hausärztlichen Versorgung, insofern kommt ihnen bei der Verordnung von AKI eine Schlüsselrolle zu.</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> <p>1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),</p>	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<ol style="list-style-type: none"> 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.		
			Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird unterstützt.		Hausärzt*innen sind unbedingt in die Versorgung einzubeziehen, weil sie die Lebensumstände ihrer Patient*innen kennen und den Bedarf an AKI gut einschätzen können. Sie müssen daher in die Versorgung von Intensivpflegepatient*innen einbezogen werden.
§ 4	Abs. 1	Satz 4	GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.		
			Der Vorschlag des GKV-SV wird vom AWO Bundesverband abgelehnt.		Diese Voraussetzung würde die bürokratischen Hürden zu hoch setzen, so dass sich keine niedergelassenen Ärzte mehr finden, die AKI verordnen.

§ 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>
			<p>Der AWO Bundesverband lehnt die Position von DKG/KBV/PatV ab, falls diese Regelung getroffen wird, wird folgende Änderung vorgeschlagen: ²Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich insbesondere um Fachärztinnen und Fachärzte...</p>
			<p>Grundsätzlich weist der AWO Bundesverband darauf hin, dass die Richtlinien nicht abschließend regeln darf, welche Arztgruppen besonders für die Verordnung von AKI qualifiziert sind, da der Gesetzgeber keine abschließende Regelung getroffen hat.</p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	
§ 4	Abs. 2	Satz	<p>PatV, KBV, DKG zusätzlich: ²Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.</p>

	bzw. 3	2	Wird vom AWO Bundesverband unterstützt.		Der AWO Bundesverband hält den Hinweis auf das telemedizinische Konsil für wichtig, da es zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt.		
§ 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,				
	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		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 [.]		GKV-SV	KBV, DKG, PatV	
			Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird unterstützt.			Eine mindestens 18-monatige Erfahrung	

						<p>und Fachkompetenz in der Beatmungsentwöhnung in einer spezialisierten Weaning-Einheit ist sachgerecht. Die vom GKV-SV vorgeschlagene einschlägige 3-jährige Tätigkeit in diesen Bereichen setzt die Qualitätsanforderungen zu hoch an und schränkt damit den Kreis der potenziell erhebenden Fachärztinnen und Fachärzte zu sehr ein.</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. 						
§ 4	Abs. 3	Satz	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² Erfolgt die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Be-			

	bzw. 4	2	<p>atmungsentwöhnung (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>			
			Vorschlag DKG/KBV/PatV wird unterstützt.		Die Begründung für das Erfordernis von § 4 Abs. 3 bzw. 4 Satz 2 wird in den Tragenden Gründen von KBV, DKG, PatV auch im Hinblick auf das Synchronisierungserfordernis von AKI-RL und OPS dargelegt.	
§ 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</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

			Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.			
			Vorschlag PatV/GKV-SV wird unterstützt.		Die regelmäßige barrierefreie Veröffentlichung der für die AKI qualifizierten Ärzt*innen dient der Transparenz und ist gerade für Menschen mit Behinderung wichtig.	
§ 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.			
			Der AWO Bundesverband unterstützt den Vorschlag des GKV-SV mit folgender Ergänzung: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse sowie an den Leistungserbringer.		Zur Vereinfachung der bürokratischen Abläufe sollten Ärzt*innen die Verordnung über AKI ebenfalls direkt an den Leistungserbringer senden, falls dieser bereits bekannt ist.	

§ 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	
			Der AWO Bundesverband stimmt dem Vorschlag von GKV-SV, PatV zu.	Eine Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten umfasst unserer Auffassung nach sowohl das mündliche Erörterungsgespräch als auch die Dokumentation der Ergebnisse des Gesprächs.
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			Ablehnung der Position des GKV-SV.	Ein Behandlungsplan wird als Teil der RL abgelehnt.

§ 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		Die Befristung der Erstverordnung auf 5 Wochen ist abzulehnen.		Die Frist ist zu kurz bemessen. Wenn die Krankenkassen die Folgeverordnung ablehnen, können Versorgungslücken bei der Anschlussversorgung entstehen. Die Erfahrungswerte der Praxis mit der außerklinischen Intensivpflege haben gezeigt, dass drei Monate realistisch wären.	
§ 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 AWO Bundesverband lehnt den Vorschlag der PatV ab.		Auch bei Kindern und Jugendlichen wird eine persönliche ärztliche Untersuchung längstens nach 6 Monaten als sachgerecht angesehen.	
§ 6	Abs. 2	Satz	DKG, GKV-SV, KBV:	PatV:	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

		2	² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	<i>[streichen]</i>		
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			
			Der AWO Bundesverband unterstützt die Position von KBV, GKV-SV, PatV bei vorliegendem Potential bereits im Krankenhaus einen Versuch			

			einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung zu unternehmen.			
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
				Der AWO Bundesverband unterstützt den Vorschlag der PatV.		Um Versorgungsbrüche nach Krankenhausentlassung zu vermeiden, z.B. aufgrund von Differenzen in Bezug auf den

						geeigneten Leistungsort oder fehlende Leistungskapazitäten, ist ein strukturiertes gemeinsames Vorgehen von Krankenhaus, Krankenkasse und Leistungserbringern nach § 132I SGB V bereits im Vorfeld der Entlassung notwendig. Eine zentrale Rolle dabei muss der Wunsch der/des Patient*in spielen (z. B. ob die Versorgung mit AKI in der Häuslichkeit oder in einem Pflegeheim erfolgt).
§ 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	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 Versorgungsverträ-	GKV-SV, KBV	DKG

			dem Versicherten sowie dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	ge 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		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			
§ 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.			
			Wird unterstützt.		Es ist sinnvoll, dass die Krankenkasse den Versicherten unterstützt, nicht nur geeignete Leistungserbringer, sondern auch solche mit Versorgungskapazitäten zu benennen.	

§ 7	Absatz 5			
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch 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
			Wird unterstützt.		Mit einer 5-Tage-Regelung wird den Angehörigen ausreichend Zeit für die Suche und Abstimmung mit einem passenden Leistungserbringer ermöglicht.	
§ 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	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 Pflegesi-			

		2	situation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht.			
			Der AWO Bundesverband lehnt die Position der PatV ab.		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, kann zusätzlich häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V verordnet werden und die pflegerischen Prophylaxen etc. sind dann Bestandteil der häuslichen Krankenpflege.	
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²	PatV: ¹Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen Be-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

		<p>Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>handlungspflege 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 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>		
			<p>Wird vom AWO Bundesverband unterstützt.</p>		<p>Die Formulierung der PatV verdeutlicht zutreffend, dass die Beteiligung der An- und Zugehörigen zu ermöglichen ist, dies aber nicht den ärztlich verordneten Leistungsumfang</p>

						reduziert.
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: [Absatz streichen]	GKV-SV: 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 Potenzialhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
			Der AWO Bundesverband unterstützt die Position von KBV/DKG und PatV zur Streichung des Absatzes 1.		Für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit AKI bedarf es der Zusammenarbeit von ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Fachpersonal auf Augenhöhe und im Rahmen eines Netzwerkgedankens. Dies kommt	

					im nachfolgenden Absatz zum Ausdruck.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Position der PatV wird unterstützt.		Der aktiven Beteiligung des Versicherten kommt für die Adhärenz und den Therapieerfolg eine ganz entscheidende Rolle zu.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Der AWO Bundesverband unterstützt die Position der PatV und schlägt folgende Erweiterung vor: Einschließlich der an der Versorgung der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen.		Teambesprechungen sollten auch unter Beteiligung der An- und Zugehörigen erfolgen und zwar nicht nur in den Fällen, in den diese medizinische Behandlungspflege erbringen. Dies gilt vor allem bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.	
§ 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
			Die Position von KBV/DKG/PatV wird unterstützt.		Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen sollten erfolgen, wo geboten, aber nicht verpflichtend sein, wie vom GKV-SV gefordert.	

§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: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					

§ 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 § 132l 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. 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>PatV:</p> <p>¹Eine 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. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV
---------	------------------	-------------	---	--	------------------	------

				Die Position der PatV wird unterstützt.		Das Konzept der Rückzugspflege, das von GKV/KBV und DKG unterstützt wird, darf nicht dazu führen, dass die Versorgung auf An- und Zugehörige verlagert wird und der Leistungsanspruch eingeschränkt wird. 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.
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§	Abs. 7		KBV, PatV:	DKG, GKV-SV:	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

10	bzw. 8		¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
			Der AWO Bundesverband unterstützt die Position von KBV/PatV.			
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:
				Die Position von PatV/KBV/DKG wird unterstützt.		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.
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonsti-						

**ge Aspekte Ihrer
Stellungnahme.**

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 Beschlusentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

			Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)	
			21.07.2021	
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	
§ 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.	

§ 1	Absatz 2		
§ 1	Absatz 3	<p>Eingabe DVSG: In Satz 4 sind „Ressourcen im häuslichen Umfeld“ erwähnt. Welche Ressourcen sind gemeint? Welche Berufsgruppe ist ausreichend qualifiziert, diese Bedarfe angemessen zu identifizieren?</p> <p>Vorschlag bei der Prüfung: Fachkräfte der Sozialen Arbeit aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder von Pflegestützpunkten</p>	<p>Begründung: Im ambulanten Sektor sollte für die vulnerable Gruppe der intensivpflegebedürftigen Menschen die Expertise von Fachkräften der Sozialen Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. Gesundheitsamt) oder von Pflegestützpunkten genutzt werden. Zu den originären Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zählen Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung mit planenden, koordinierenden und sozialkompensatorischen Leistungen (siehe Stellungnahme zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/)</p>
§ 1	Absatz 4	<p>Eingabe DVSG: In Abs. 4 Punkt ist der „Haushalt der Familie“ genannt. Von welchem Familienbegriff wird hier ausgegangen? Was ist mit Lebensgefährten oder Freunden?</p>	<p>Begründung: Es gibt Wohnformen welche über den klassischen Familienbegriff hinaus gehen und hier genauso Anwendung finden sollten, wenn die in §1 Abs. 3 Satz 4 geprüften Ressourcen vorliegen und es dem Wunsch des Betroffenen entspricht.</p>

§ 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>Eingabe DVSG: Wie können „sonstige geeignete Orte“ definiert werden? Polizeiliche Meldung? Definition der räumlichen Verhältnisse und Prüfkriterien sowie unabhängige Prüfer*innen erforderlich.</p>	
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p>	
			<p>Eingabe DVSG: : Leistungserweiterung: Hospize</p>	<p>Begründung: Beatmungspflichtigkeit gilt auch von Seiten der stationären Hospizeinrichtungen als Ausschlusskriterium. Allerdings sollte auch bestimmten beatmungspflichtigen Menschen wie ALS-Erkrankten mit geringer Lebenserwartung der Zugang zum Hospiz für eine angemessene und würdevolle Sterbebegleitung</p>

					nicht verwehrt werden, wenn diese an anderen Leistungsorten nicht bedarfsgerecht erbracht werden kann.
§ 1	Absatz 6				
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.		
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege					
§ 2	Absatz 1				
§ 2	Absatz 2				
§ 2	Absatz 3				
§ 2	Abs. 3		DKG	GKV-SV, KBV, PatV:	DKG
					GKV-SV, KBV, PatV:

			<p>(3) ¹Bei 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) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5		<p>Empfehlung/ Eingabe DVSG: der Ergänzung eines Satzes 2:</p>		<p>Begründung: Im ambulanten Sektor sollte für die vulnerable Gruppe der intensivpflegebedürftigen Menschen die Expertise von Fachkräften der Sozialen Ar-</p>	

		<p>Versicherten und deren An-/ Zugehörigen sollte zu diesem Zwecke das Angebot einer psychosozialen Beratung und Betreuung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit unterbreitet werden (z.B. im Rahmen der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder des Krankenhauses)</p>			<p>beit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. Gesundheitsamt) oder von Pflegestützpunkten genutzt werden. Zu den originären Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zählen Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung mit planenden, koordinierenden und sozialkompensatorischen Leistungen (siehe Stellungnahme zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/)</p> <p>Im Krankenhaus haben Patient*innen entsprechend der jeweiligen Bestimmungen in den Landeskrankenhausgesetzen Anspruch auf soziale Beratung, Betreuung und Unterstützung bei der Entlassorganisation durch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Zudem regelt § 39 Abs. 1a SGB V die Pflicht des Krankenhauses ein Entlassmanagements und somit eine Evaluation, Beratung und Organisation durchzuführen.</p>			
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		<p>DKG: Die Verordnung von außerklini-</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklini-</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklinischer</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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 in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer ge-</p>	<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 Pfl-</p>	<p>Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

			eigneten 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.	gefachkraft 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.	pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich 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		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 verfü-</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	---	--	-------------	------

			bar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
§ 3	Absatz 3 bzw. 4		<p>Empfehlung/ Eingabe DVSG: einer anderen Formulierung:</p> <p>Anstatt „palliativmedizinische Fachkompetenz“ die Verwendung der Begrifflichkeit „ein multiprofessionelles Palliative Care Team“</p>			Begründung: Die palliative Behandlung und Betreuung ist eine interprofessionelle Aufgabe, die im ambulanten Sektor von qualifizierten Palliative Care Teams wahrgenommen wird, zu denen auch ein Palliativmediziner gehört.
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</p> <p>Empfehlung / Eingabe DVSG: der Ergänzung eines Satzes 2:</p> <p>Weitere Voraussetzung ist eine qualifizierte Beratung und Begleitung bei der Entscheidungsfindung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit zu individuell geeigneten</p>			Begründung: 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.

			ten Leistungsorten nach § 1 Abs. 4 (ambulant Öffentlicher Gesundheitsdienst, stationär Krankenhaussozialdienst)		<p>Im ambulanten Sektor sollte für die vulnerable Gruppe der intensivpflegebedürftigen Menschen die Expertise von Fachkräften der Sozialen Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. Gesundheitsamt) oder von Pflegestützpunkten genutzt werden. Zu den originären Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zählen Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung mit planenden, koordinierenden und sozialkompensatorischen Leistungen (siehe Stellungnahme zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/)</p> <p>Im Krankenhaus haben Patient*innen entsprechend der jeweiligen Bestimmungen in den Landeskrankengesetzen Anspruch auf soziale Beratung, Betreuung und Unterstützung bei der Entlassorganisation durch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Zudem regelt § 39 Abs. 1a SGB V die Pflicht des Krankenhauses ein Entlassmanagements und somit eine Evaluation, Beratung und Organisation durchzuführen.</p>	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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.					
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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
				<p>Eingabe DVSG: Passus „mit geeigneten Verfahren“ ersetzen:</p> <p>Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit nach § 3 Abs. 4 bzw. 5</p>	<p>Begründung: 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.</p> <p>Im ambulanten Sektor sollte für die vulnerable Gruppe der intensivpflegebedürftigen Menschen die Expertise von Fachkräften der Sozialen Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. Gesundheitsamt) oder von Pflegestützpunkten genutzt werden. Zu den originären Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zählen Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung mit planenden, koordinierenden und sozialkompensatorischen Leistungen (siehe Stellungnahme zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/)</p>

						Im Krankenhaus haben Patient*innen entsprechend der jeweiligen Bestimmungen in den Landeskrankenhausesetzen Anspruch auf soziale Beratung, Betreuung und Unterstützung bei der Entlassorganisation durch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Zudem regelt § 39 Abs. 1a SGB V die Pflicht des Krankenhauses ein Entlassmanagements und somit eine Evaluation, Beratung und Organisation durchzuführen.
§ 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:	KBV, GKV-SV:	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			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			
			Eingabe DVSG: Passus „mit geeigneten Verfahren“ ersetzen:	Begründung: Das Selbstbestimmungsrecht der vulnerablen Gruppe der intensivpflegebedürftigen Men-		

			<p>Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Rahmen ihrer Beratungs- und Betreuungstätigkeit nach § 3 Abs. 4 bzw. 5</p>	<p>schen muss explizit im Zusammenhang mit der Erstellung der Verordnung für außerklinische Intensivpflege durch qualifizierte Beratung und Begleitung gewährleistet werden.</p> <p>Im ambulanten Sektor sollte für die vulnerable Gruppe der intensivpflegebedürftigen Menschen die Expertise von Fachkräften der Sozialen Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. Gesundheitsamt) oder von Pflegestützpunkten genutzt werden. Zu den originären Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zählen Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung mit planenden, koordinierenden und sozialkompensatorischen Leistungen (siehe Stellungnahme zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/)</p> <p>Im Krankenhaus haben Patient*innen entsprechend der jeweiligen Bestimmungen in den Landeskrankengesetzen Anspruch auf soziale Beratung, Betreuung und Unterstützung bei der Entlassorganisation durch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Zudem regelt § 39 Abs. 1a SGB V die Pflicht des Krankenhauses ein Entlassmanagements und somit eine Evaluation, Beratung und Organisation durchzuführen.</p>
--	--	--	---	--

§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>KBV, PatV, DKG: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>7. Notfallsituatio- nen und</p> <p>8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter verfügen.</p>		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.					
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1						
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.					
§ 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,					
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolon-		KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der pro-		GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			gierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	longierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			PatV zusätzlich: , 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			

§ 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>	<p>PatV, GKV-SV</p> <p>KBV</p>
§ 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:²Insbesondere 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.	

§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Eingabe DVSG: Welche Ressourcen am Versorgungsort sind gemeint? Welche Berufsgruppe ist ausreichend qualifiziert, diese Bedarfe angemessen zu identifizieren? Vorschlag bei der Prüfung: Fachkräfte der Sozialen Arbeit aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder Pflegestützpunkten		Begründung: Im ambulanten Sektor sollte für die vulnerable Gruppe der intensivpflegebedürftigen Menschen die Expertise von Fachkräften der Sozialen Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. Gesundheitsamt) oder von Pflegestützpunkten genutzt werden. Zu den originären Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zählen Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung mit planenden, koordinierenden und sozialkompensatorischen Leistungen (siehe Stellungnahme zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/)	
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					

§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements			
§ 7	Absatz 1		
§ 7	Absatz 2		
§ 7	Absatz 3		
§ 7	Abs 3	Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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		<p>Änderungsvorschlag/ Eingabe DVSG: zu Satz 1:</p> <p>Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch den/die qualifizierte/n Arzt/Ärztin festgestellt wurde und eine qualifizierte Beratung durch eine Fachkraft der Sozialen Arbeit zu individuell geeigneten Leistungsorten nach § 1 Abs. 4 stattgefunden hat, informiert das Krankenhaus hierüber unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse.</p> <p>Begründung: 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.</p> <p>Im Krankenhaus haben Patient*innen entsprechend der jeweiligen Bestimmungen in den Landeskrankenhausesetzen Anspruch auf soziale Beratung, Betreuung und Unterstützung bei der Entlassorganisation durch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Zudem regelt § 39 Abs.</p>

					1a SGB V die Pflicht des Krankenhauses ein Entlassmanagements und somit eine Evaluation, Beratung und Organisation durchzuführen.	
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			<p>Empfehlung/ Eingabe der DVSG: Satz 2 ersatzlos zu streichen und neuen Satz 2 einzufügen:</p>		<p>Begründung: Der Austausch zwischen Krankenhaus, Krankenkasse und Leistungserbringer erfordert zwingend die Zustimmung und schriftlichen Einwilligung der Versicherten.</p> <p>Es entspricht nicht der Logik und gelebten Realität im Krankenhaus, dass die Krankenkassen den Bedarf von</p>	

			<p>Grundlage für das Entlassmanagement und die Datenweiterleitung bildet die Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement (Anlage 1b des Rahmenvertrages Entlassmanagement).</p> <p>Empfehlung/Eingabe DVSG: Satz 3 ersatzlos zu streichen.</p>		<p>Krankenhauspatient*innen an Beratung zur Auswahl geeigneter Leistungsorte klären und diese erbringen. Vielmehr gewährleistet das Krankenhaus durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit vor Ort die Beratung zu geeigneten Leistungsorten. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit koordinieren federführend den interprofessionell ausgerichteten Entlassprozess unter enger Einbeziehung der Krankenkassen (siehe Neuformulierung Satz 3 oder 4).</p>	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 §</p>	<p>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 de</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>132I Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>nen 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>		
			<p>Änderungsvorschlag/ Eingabe DVSG: zu Satz 3 oder 4:</p> <p>Sobald sich die oder der Versicherte im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechtes mit der Fachkraft der Sozialen Arbeit für einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 entschieden hat, benennt die Krankenkasse innerhalb von 2 Werktagen der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus die</p>		<p>Begründung: Das Selbstbestimmungsrecht der vulnerablen Gruppe der intensivpflegebedürftigen Menschen muss explizit im Zusammenhang mit der Beratung und Organisation der außerklinischen Intensivpflege durch qualifizierte Beratung und Begleitung gewährleistet werden.</p> <p>Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit koordinieren federführend den interprofessionell ausgerichteten Entlassprozess unter enger Einbeziehung der Krankenkassen.</p>	

			<p>diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.</p> <p>Empfehlung, neuen Satz einzufügen:</p> <p>Diese Leistungserbringer sind auf der Homepage der Krankenkassen transparent zu hinterlegen.</p>		<p>Die Aufführung der Leistungserbringer auf der Homepage der Krankenkassen ermöglicht den Versicherten eine echte Wahlmöglichkeit und unterstützt die Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit.</p>
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>		

§ 7	Absatz 5				
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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		Eingabe DVSG: Die Informationspflichten sollten sektorenübergreifend in beide Richtungen bestehen.	Oftmals erfolgt auch ins Krankenhaus ein Informationsverlust	
§ 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.			
§ 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					
§ 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 Leistungserbrin-	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege in dem	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

		<p>ger erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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	<p>Empfehlung/ Eingabe DVSG: weiteren Satz 2 einzufügen:</p>			<p>Im ambulanten Sektor sollte für die vulnerable Gruppe der intensivpflegebedürftigen Menschen die Expertise</p>

		<p>Auf Wunsch des Versicherten und/oder der Zu-/Angehörigen sollen psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Pflegestützpunkte vermittelt werden, um weitere Perspektiven zu erarbeiten.</p>		<p>von Fachkräften der Sozialen Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. Gesundheitsamt) oder von Pflegestützpunkten genutzt werden. Zu den originären Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zählen Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung mit planenden, koordinierenden und sozialkompensatorischen Leistungen (siehe Stellungnahme zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/)</p>		
<p>§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege</p>						
§ 10	Absatz 1	<p>Eingabe DVSG: Folgende Berufsgruppen sollten bei der Aufzählung ergänzt werden:</p> <p>Atmungstherapeut*innen, Fachkräfte der Sozialen Arbeit</p> <p>Folgende Berufsgruppen sollten bei der Aufzählung gestrichen werden:</p> <p>Hilfsmittelversorger</p>		<p>Der Begriff „Gesundheitsfachberufe“ sollten entweder initial definiert werden oder an dieser Stelle die Klammer um die Berufsgruppen erweitert werden, welche an einer Überleitung und Beratung maßgeblich beteiligt sind.</p> <p>Es handelt sich hierbei nicht um eine Berufsgruppe</p>		
§ 10	Abs. 1	KBV, DKG, PatV: [Absatz streichen]	GKV-SV:	KBV, DKG, PatV	GKV-SV	

			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].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung		
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen		

§ 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: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 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 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</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 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</p>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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.

Eingabe DVSG: Aus Sicht der DVSG sollte das Selbstbestimmungsrecht der vulnerablen Gruppe der intensivpflegebedürftigen Versicherten in der AKI-RL abgebildet werden im Hinblick auf deren Beratung und Betreuung bei der Auswahl individuell geeigneter Leistungsorte durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Aber auch bei infausten Prognosen oder im Rahmen der Rückzugspflege bedarf es einer Regelung zu weiteren Unterstützungsangeboten. Diese Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit beziehen sich sowohl auf den ambulanten wie auf den stationären Sektor. Insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst kann im ambulanten Sektor einen bedeutsamen Beitrag leisten, analog zu der Beratung und Betreuung von Menschen mit HIV, Suchterkrankungen oder mit Behinderungen.

Grundsätzlich ist aus Sicht der Sozialen Arbeit eine gute Beratung beispielsweise dadurch gekennzeichnet, dass diese bedarfs- und personenzentriert ausgerichtet, niederschwellig im Zugang erreichbar ist und dass diese trägerübergreifend, sachorientiert sowie Interessen- und Trägerunabhängig ausgestaltet wird. Ein Gütekriterium ist die Präzisierung der möglichen Qualifikation der Berater*innen als Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Möglicherweise könnten in einer Präambel Kriterien darüber hinaus benannt werden für die Beratung/Begleitung und Behandlung, die auf die Bedeutsamkeit der Sachbezogenheit und Unabhängigkeit hinweist in dem Sinne, dass sicherzustellen ist, dass keine Interessensgeleitete Beratung/Behandlung stattfindet.

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 Beschlusssentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

	complex care solutions GmbH	
	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	Patienten in der außerklinischen Intensivversorgung erleiden gegenwärtig und seit mehreren Jahren erhebliche Versorgungsmängel, insbesondere im Hinblick auf die Patientensicherheit. Im Vordergrund für Betroffene steht eine „Pseudolebensqualität“, die sich aus den extrem belastenden Folgen von Überdruckbeatmung, Luftröhreneröffnung und trachealer
		Bezugnahme „Tragende Gründe“ zum Beschlusssentwurf der Gemeinsamen Bundesausschuss: Eckpunkte der Entscheidung 2.1 Einleitung

Kanülierung ergibt. Ursachen sind unter anderem dort zu finden, wo wissenschaftliche Standards inkonsequent angewandt und umgesetzt werden.

Wissenschaftliche Studien, die in evidenzbasierten Verfahrensweisen münden und sich auf die Wirksamkeit von außerklinischen Intensivversorgungsformen beziehen und mit denen die Situation in diesem Bereich verlässlich beschrieben werden kann, fehlen in Deutschland weitestgehend.

Es entstand in den letzten Jahren eine Versorgungslage, über die allenfalls Mutmaßungen getätigt werden konnten (DIGAB 2015 und 2017). Es herrscht eine ausgeprägte Unkenntnis der Vorortsituation in den Wohnungen der Patienten. Weder Initiatoren noch Leistungserbringer oder Kontrolleinrichtungen beschreiben oder belegen die Lebensrealität, die sich für Patienten ergibt. Selbst eine genaue Bezifferung der Anzahl an Patienten in dieser Versorgungssituation ist nicht möglich. Die Angaben schwanken zwischen ca. 20.000 und 50.000 angenommenen Fällen deutschlandweit.

- Fehlanreize
- Bestehende Qualitäts- und Versorgungsmängel beheben

Hier geht es initial um die Darstellung der Situation in der außerklinischen Intensivversorgung bei invasiv beatmeten und tracheal-kanülierten Patienten

		<p>Aus der in der complex care solutions GmbH kumulierten mehrjährigen Fachkompetenz und einschlägiger Erfahrungen der fachpflegerischen Mitarbeiter und insbesondere in Person des Fachbereichsleiters Intensivfachpflegeberatung in sogenannten „Intensivpflegediensten“ in der außerklinischen Intensivversorgung und Erfahrung im klinischen Alltag der Patienten im Intensiv- und Weaningbereich, ergaben sich Erkenntnisse aus verschiedenen Blickwinkeln, aber insbesondere aus Blickwinkel der betroffenen Patienten. Diese beschreiben Lebenslagen, von denen man der Auffassung sein kann, dass eine angeblich vorgegebene wissenschaftliche Herangehensweise zu erheblichen Einschränkungen von Grund- und Freiheitsrechten führt.</p> <p>Satz 2: streichen</p>	<p>Fehlende Legaldefinition für die „außerklinische Intensivversorgung“</p>	
§ 1	Abs. 1	Satz 3	<p>PatV zusätzlich: /Pflegekräfte</p> <p>Streichen</p> <p>Satz 4: streichen</p>	<p>Sicherungspflege einsetzen</p> <p>Sicherungspflege s.o.</p>

§ 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.	
			Satz 5: streichen	Pflegefachkräfte durch Anästhesiefachpflegekräfte und Intensivfachpflegekräfte ersetzen. Die Eignung ist qua Ausbildung sicher vorhanden. Um es zu unterstreichen, besonders geeignet für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege sind ausschließlich und abschließend Anästhesiefachpflegekräfte und Intensivfachpflegekräfte .
§ 1	Absatz 2		<p>Patienten sind umfassend von einer fachkompetenten Ärztin / einem fachkompetenten Arzt und einer Intensivfachpflegekraft über die außerklinische Beatmung aufzuklären und im Folgenden weiter zu beraten. Der verantwortliche intensivmedizinische Facharzt, der zuletzt intensivbehandelnden ICU (Intensive Care Unit = Intensivstation) muss eine hinreichend plausible Weaning- und Dekanülierungsstrategie entwickeln und darlegen. Diese muss in der entsprechenden Verordnung plausibel und nachvollziehbar dokumentiert werden.</p> <p>Bis auf die Ausnahmen, in denen Patienten eindeutig einer Überleitung in die indizierte außerklinische Beatmung selbst zustimmen, muss</p>	<p>Hiermit würde der bestehende Fehlanreiz „schnelle Überleitung von der Intensivstation in die außerklinische Versorgungsform“ gebremst.</p> <p>Siehe vorangehende Aussage</p>

			<p>in jedem Fall ein medizinisches Therapieziel benannt und für alle folgenden Akteure dokumentiert sein.</p> <p>Für etablierte außerklinische Intensivversorgungen gilt:</p> <p>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 Pflegediensten angehören (Interessenskonflikte ausschließen), durchgeführt werden.</p> <p>Im Anschluss ist eine angepasste Verordnung vom entsprechenden Facharzt – wenn noch notwendig – zu erstellen.</p>	<p>Verhindert die gängige Praxis der unkritischen Übernahme von verordnungsbegründenden Diagnosen für Folgeverordnungen.</p>
§ 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).	
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1		Häusliche Versorgungsformen mit Beatmung beinhalten das Therapieziel Entwöhnung, weil ein	Jenseits einer Intensivstation und besonders in der

		<p>prolongiertes Weaning in der klinischen Umgebung oftmals keinen zeitnahen Fortschritt bedeuten kann. Nach einer Krise erwachende Patienten, haben auf Intensivstationen Angst, delirante Zustände und erhebliche Bewegungseinschränkungen. Darunter leidet die Motivation wieder selbständig und ausreichend zu atmen. In den eigenen vier Wänden, also in der bekannten Umgebung, mit den bekannten Bezugspersonen und einer fachlich kompetenten Intensivfachpflege soll Entwöhnung vom Respirator (s. außerklinische Rückführung von Beatmung) und Dekanülierung mit Verschluss der Luftröhre möglich gemacht werden. Zudem soll die Fähigkeit des Patienten gestärkt werden, Eigenverantwortung zu übernehmen. Mit der Option auf Beatmungsrückführung bis zur Dekanülierung verlässt der nicht entwöhnte Patient das Krankenhaus und wird zu Hause von Intensivfacharzt und Intensivfachpflege weiter versorgt, um das festgelegte Therapieziel zu erreichen.</p>	<p>eigenen Häuslichkeit hat der Patient keinen Zugriff mehr auf die notwendige Fachkompetenz in seiner Nähe. Diese ist gekennzeichnet durch das Erkennen von Entwöhnungsressourcen, die Auslösung von Indikationsprüfung und die Durchführung von individuell angepassten Weaningstrategien. Dazu wird auf Seiten des Fachpflegepersonals zusätzlich langjährige Entwöhnungserfahrung benötigt. Außerdem können im Verlaufe eines solchen Prozesses sich ändernde Therapieziele zeitnah formuliert und angesteuert werden.</p>
§ 2	Absatz 2	<p><u>Subjektive und objektive Risiken</u> (siehe qualitative Mängel unter „Tragende Gründe“) einer außerklinischen Intensivversorgung beinhalten</p>	<p>Siehe Anhang, Seite 10 ff.</p>

		<p>für den Patienten permanente Leidenszustände, welche die körperliche, geistige und seelische Mitarbeit so deutlich vermindert, dass ein Fortkommen aus dieser Lebenslage unter diesen Bedingungen nahezu undenkbar ist.</p> <p>Deshalb muss in jedem Fall, in dem es prinzipiell möglich erscheint, eine Rückführung der Beatmungssituation in Richtung verschlossener Luftröhre ohne Fremdkörperirritation stattfinden.</p> <p>(2) streichen</p>		<p>Die Unterpunkte zu Satz (2) beschreiben keine Ziele sondern Verfahrensweisen</p>	
§ 2	Absatz 3	<p>(3) streichen</p> <p>Zu den Unterpunkten →</p>		<p>Falsche Verwendung des Begriffs Potential. Jeder Mensch hat seitens der ihm eigenen Abwehr- und Regenerationsfähigkeit, nach Entfernung künstlicher Beatmung, Dekanülierung und Tracheaverschluss, mit der dann weniger belasteten Situation individuell mögliche Teilhabe an der Gemeinschaft zu erlangen.</p> <p>Die Unterpunkte zu Satz (3) beschreiben keine Ziele sondern Verfahrensweisen</p>	
§ 2	Abs. 3	<p>DKG (3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

		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.	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 perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
§ 2	Absatz 4	streichen		Falsche Verwendung des Begriffs Potential.	
§ 2	Absatz 5	streichen		Kann an der Stelle niemand beurteilen	
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege					
§ 3	Absatz 1	..., bei denen eine wissenschaftlich belegte, evidenzbasierte und dokumentierte Indikation für Beatmung, tracheale Kanülierung und Luftrohreneröffnung vorliegt.		Anmerkung zu DKG etc. „... medizinische Interventionen zu unvorhergesehenen Zeiten, die wiederkehrend eintreten können ...“ →die Formulierungen bilden Patientensicherheit nicht hinreichend ab	

§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher</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 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	---	---	---	-----	-------------	------

			<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.</p>	<p>Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>	<p>nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
§ 3	Absatz 2	<p>Siehe Absatz 3</p>			<p>Es sollte ohnehin unterschieden werden in zustimmungsfähige und betreute Patienten, deren mutmaßlicher Wille entlang z.B. palliativer Verfahrensweisen oder im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens ermittelt und eingeholt werden muss.</p>			
§ 3	Absatz 3	<p>Subjektive wie objektive Risiken im außerklinischen Hochrisikobereich erfordern für die erreichbare Lebensqualität des Patienten in dieser Versorgungsform eine engmaschige Überprüfung, damit die grundsätzlichen Bedingungen zum außerklinischen, künstlichen</p>						

		<p>Sauerstofftransport bei kanülierter Luftröhre im Sinne der Patientensicherheit erfüllt sind. Folgende Fragen sind dabei zu stellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Besteht ein hinreichend verständlich aufgeklärter Patientenwunsch für diese Versorgungsform? 2.) Wie genau ist das notwendige medizinische Therapieziel definiert? 3.) Wie genau lauten die Indikationen für Überdruckbeatmung, intermittierender Überdruckbeatmung (stundenweises beatmen z.B. über Nacht), Tracheostomie und Trachealkanüle? (Dies mit dem Patienten verständlicher, ausführlicher, medizinisch stichhaltiger Begründung) 			
§ 3	Abs. 3	<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

		<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4	Absatz 4 streichen		Das sind an dieser Stelle nicht erwähnenswerte Selbstverständlichkeiten	
§ 3	Absatz 4 bzw. 5	Streichen Satz 2: betrifft Fallmanagement		An dieser Stelle irrelevant	

§ 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		streichen		s.o. Problematik des Potentialbegriffs Umstellung auf NIV setzt beim Patienten einen Behandlungswunsch, sowie die Kooperationsfähigkeit voraus. Das ist bei einem Menschen im Zustand reaktionsloser Wachheit nicht gegeben. NIV ist an der Stelle kontraindiziert.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben,			

			legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.	
§ 3	Absatz 6 bzw. 7	<p>Streichen</p> <p>Unterpunkt 9:</p>	<p>Gleiche NIV Kontraindikation</p> <p>Verweis auf: Studie (vom 16.03.2018 / bei der DGP veröffentlicht März 2019) belegt:</p> <p>Lebensqualität und Lebenszufriedenheit sind bei Patienten mit invasiver Langzeitbeatmung nach Intensivbehandlung und erfolglosem Weaning stark beeinträchtigt. (Huttmann, S.E., Magnet, F.S., Karagiannidis, C. <i>et al.</i> Quality of life and life satisfaction are severely impaired in patients with long-term invasive ventilation following ICU treatment and unsuccessful weaning. <i>Ann. Intensive Care</i> 8, 38 (2018).)</p> <p>Nahezu ein Drittel der in dieser Weise befragbaren Patienten, also Menschen, die noch Auskunft zu ihrer Lebensqualität geben</p>	

					<p>konnten, würden lieber sterben als sich heimbeatmen zu lassen.</p> <p>Wobei zu bedenken ist, dass eine Vielzahl gar nicht beatmet wird, außerklinisch nicht beatmet werden kann, weil nicht mal eine fachgerechte Medizinische Versorgung stattfindet (DIGAB 2015) oder aber der Abwehrkampf der so versorgten Menschen dermaßen schrecklich ist, dass man (z.B. Altenpflegepersonal im Schlafzimmer der so Versorgten) Beatmungsgeräte lieber in den Schrank stellt, als sich den gequälten Menschen unentwegt anzusehen.</p>			
§ 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		<p>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).</p>		
§ 3	Absatz 8 bzw. 9	Streichen mit allen Unterpunkten		<p>Zitat aus 2017: <i>Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie (sogenannte ambulante Intensivpflege)</i> <i>Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Ausserklinische Beatmung (DIGAB e.V.)* zusammen mit Bund der Pneumologen (BdP) Deutsche Gesellschaft für Neurologische Intensivmedizin (DGNI e.V.) Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V.) Deutscher Hausärzteverband e.V. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI e.V.) Verband Pneumologischer Kliniken (VPK)</i></p>	

„Ambulante Versorgung von Patienten mit Tracheostoma ohne Beatmung Neben der starken Zunahme von Patienten mit invasiver außerklinischer Beatmung ist zu beobachten, dass Patienten nach Langzeitbeatmung auf Intensivstation vermehrt mit Tracheostoma und noch liegender Trachealkanüle in eine 24-stündige ambulante Intensivpflege entlassen werden. Argument hierfür ist zumeist eine Schluckstörung oder eine Bewusstseinsstörung mit Aspirationsgefahr. Allerdings wird eine Schluckstörung durch eine Trachealkanüle eher gefördert; die Hustenkapazität ist bei geblockter Kanüle und Atmung über die sogenannte „Feuchte Nase“ wegen fehlendem Glottisschluss massiv herabgesetzt. Aspirationen auch von Speichel werden hierdurch begünstigt. Die Blockung einer Kanüle verhindert die Speichelpenetration in die Trachea nicht (12). Vermehrte Atemwegsinfektionen sind die Folge, die wiederum zur Begründung des persistierenden Tracheostomas herangezogen werden. Für die Prognose betroffener Patienten ist es günstiger, wenn die Trachealkanüle entfernt und das Tracheostoma verschlossen wird.

§ 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		Den lediglich trachealkanülierten Versicherten kann es eigentlich nicht geben, wenn man die o.g. medizinische Position dazu kennt.		Siehe auch S. 10 – 15 im Anhang „Situation in der außerklinischen Intensivversorgung“	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>KBV, PatV, DKG: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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. 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
				<p>Hausärzte sind aber nicht die gewünschten Fachärzte für Intensivmedizin.</p>		

§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>
§ 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> <p>Anästhesie und Intensivmedizin trifft zu; andere sollten konsiliarisch hinzugezogen werden</p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	

§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			<p>PatV zusätzlich: ,</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. – d. können zustimmen		e. betrifft etablierte Versorgungsformen, die bereits andauern in denen Patienten zumeist nicht der Versorgungsform zustimmen können	
§ 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	PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der	KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach § 4	PatV, GKV-SV	KBV

		<p>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>Absatz 1, Absatz [2 bzw. 3] und Absatz [3 bzw. 4] werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6				
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege					
§ 5	Absatz 1	<p>Triasorientierung verwenden:</p>		<p>Alle drei Punkte müssen mit „ja“ beantwortet sein. Erst dann ist hinreichend Patientensicherheit dargestellt.</p>	

			<p>1.) Besteht ein hinreichend verständlich aufgeklärter Patientenwunsch für diese Versorgungsform?</p> <p>2.) Wie genau ist das notwendige medizinische Therapieziel definiert?</p> <p>3.) Wie genau lauten die Indikationen für Überdruckbeatmung, intermittierender Überdruckbeatmung (stundenweises Beatmen z.B. über Nacht), Tracheostomie und Trachealkanüle? (Dies mit dem Patienten verständlicher, ausführlicher, medizinisch stichhaltiger Begründung)</p>	
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p>	
			<p>Zu 1.: Diagnosen müssen im Klartext und im patientenbezug plausibel und belegt sein.</p> <p>Zu 3.: Falls ja → tracheotomiert sein geht auch ohne Kanüle</p> <p>Zu 4.: Potentialproblematik s.d.</p> <p>Zu 9.: welche Leistung genau soll der Pflegedienst in Sachen Intensivversorgung genau erbringen?</p> <p>Zu 11.: = zu 9.:</p> <p>Zu 12.: bestenfalls zu Hause</p>	<p>Falls nein → wo ist da Verordnungsrelevanz?</p> <p>I.d.R. sind Leistungen wie gefordert unter §2 Absätze (2) – (5) weder in den Verträgen, noch auf den Homepages der sogenannten Intensivpflegedienste ersichtlich. Die sollten vom Patienten und dem verordnenden Arzt / Ärztin zur Überleitung und Verordnung explizit deklariert und verstanden sein.</p>

			<p>Zu 13.: Maßnahmen der außerklinischen medizinischen Intensivbehandlung zur Sicherungspflege</p> <p>Zu 14.: streichen - Verordnungen im Rahmen von Entlassmanagement sind unzulässig</p>	<p>→ damit die grundsätzliche Ressource der eigenen vier Wände mit bekannten Gesichtern wirksam werden kann</p> <p>Hier muss Patientensicherheit oberstes Verordnungskriterium sein.</p> <p>Sozialdienst kann keine Fachexpertise „außerklinische Intensivversorgung“ aufweisen</p> <p>An dieser Stelle bricht jegliche intensivpflegerische Fachkompetenz für den Patienten weg.</p>
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Cave: Potentialproblematik s.o.	
			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		<p>Einfügen: Dem betreuten, kommunikationsunfähigen Versicherten muss seitens seiner Versicherung ein Fallmanager mit Fachexpertise für Anästhesie- und Intensivmedizin zugeordnet werden.</p>	<p>Betreuer sind überwiegend fachmedizinische Laien. Sind Betreuer Angehörige, ist von einer fachlichen Überforderung auszugehen. In der Regel sorgen sich diese schon stark emotional während des gesamten</p>

			<p>Unterpunkte 1. – 4. + Satz3 Die Erörterung soll von zwei Fallmanagern (KH-intern und ein Vertreter der Krankenversicherung) mit entsprechender Expertise koordiniert und moderiert werden.</p>	<p>Intensivbehandlungszeitraumes belastet. Damit solide Entscheidungen auf Seiten des Versicherten getroffen werden können ist es notwendig schon während der Intensivbehandlung den Versicherten umfänglich, verständlich und unabhängig niederschwellig zu beraten (Fallmanager mit medizinischer und fachpflegerischer Kompetenz). Das sollte sinnvollerweise vom KH und im Zweitmeinungsberatungsverfahren eingerichtet werden.</p> <p>Auf Seiten des völlig abhängigen Patienten bestehen, bedingt durch vorgenannte Problematik, extreme Verständnislücken zu einer hochkomplexen medizinischen Situation. Hier gilt es die Patientensicherheit mittels emotionaler Intelligenz und sozialer Kompetenz in vertrauensvollen Beziehungen zu gewährleisten.</p>
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
§ 5	Absatz 3		Siehe Absatz 2	

§ 5	Absatz 4		
§ 5	Absatz 5		
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,
			Siehe Modifizierung des Behandlungsplans Notwendige Deklaration der fachlichen Aufsicht und deren Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement Dokumentation: Protokolle der Tätigkeiten mit Evaluation des Therapieziels
§ 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)
			Fallmanagement im Entlassungsmanagement des überleitenden KH Entlassmanagement hat keine auf die außerklinische Intensivversorgung ausgerichtete Expertise (z.B. Sozialdienst)
§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege			
§ 6	Absatz 1		Sobald der Versicherte in eine außerklinischen Intensivversorgung übergeleitet ist, koordiniert das Fallmanagement innerhalb von 14 z.B. wird frühzeitig eine verordnete außerklinische Beatmung eingestellt, weil der Patient diese lediglich im noch sediert und analge-

			Tagen eine Visite des folgeverordneten Arztes / der folgeverordnenden Ärztin zur Sicherstellung des Erfolges der erstverordneten Maßnahmen.		sierten Zustand zur Überleitung aus der Klinik zwar toleriert, nach Abklingen dieser „Narkose“ er aufgrund zunehmender Wachheit Abwehrstress gegenüber Beatmung und Trachealkanüle entwickelt. → siehe Anhang S. 10 ff	
§ 6	Absatz 2		Folgeverordnung für längstens drei Monate ausstellen. Voraussetzung ist, dass der Fallmanager der Versicherung den Patienten mindestens einmal in vier Wochen sieht (notwendiger Wechsel der Trachealkanüle nach spätestens 28 Tagen) und den Verlauf dokumentiert. Bei Bedarf wird die Verordnungsdauer angepasst.		Jeder Trachealkanülenwechsel bietet dem Patienten:In die Möglichkeit per Auslassung zu dekanülieren. Hier muss für den Patienten eine engmaschige, flexible Fachkompetenz vor Ort verfügbar sein, um unmittelbar in seinem Sinne, nämlich die Rückführung belastender Beatmung, Kanülierung und Luftröhreneröffnung, zu handeln.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3		Neben den verordnenden Ärzte:Innen hat der Fallmanager:In mit Intensivfachpflegekompetenz (qua Zusatzausbildung Anästhesie und/oder Intensivmedizin) den Zustand des Versicherten zu überprüfen und den verordnenden Ärzte:Innen vorzutragen.		Hintergrund ist, dass die eine Weaning- und Beatmungsrückführungskompetenz durchgängig lediglich bei Anästhesisten und Intensivmedizinern besteht. Andere, wie zuvor genannte Fachbereiche kennen die Komplexität des sicheren Sauerstofftransports bei künstlichem Atemweg mit Beatmung (Intensivtherapiezeit) und deren Rückführung (Weaning, Dekanülierung, Luftröhrenverschluss), kaum.	
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 7	Absatz 1		Streichen		Widerspricht § 6 Absatz 1	
§ 7	Absatz 2					
§ 7	Absatz 3		Einfügen Satz 1: Die ärztliche Einschätzung geht mit der des KH-internen und des Fallmanagements der Versicherung einher		Einseitige, weil KH-ständige Einschätzungen müssen vermieden werden. Der	

				FallmanagerIn bei der Versicherung hat ab da den Patienten auf dem Schirm.
§ 7	Abs 3	Satz 2	<p>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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.</p> <p>Hier auf schlüssige Belege anhand originaler Protokollierungen zurückgreifen Zusätzlich: Weiterverwendung des Begriffs „Potential“ überdenken.</p>	<p>Der Begriff ist unscharf und an dieser Stelle bestenfalls zu streichen.</p> <p>Das was der Patient in einer solchen Situation tatsächlich kann, wird man mit kundigem Auge sehen und entsprechend im Sinne des Patienten handeln.</p> <p>Der Begriff „Potential“ deutet auf etwas nicht Sichtbares hin und eröffnet somit einen immensen Spielraum für Vermutungen im Ungefähren. Deshalb muss der Patient 24-Stunden beobachtet, die folgerichtigen Schlüsse daraus gezogen werden und es müssen die richtigen Handlungen folgen.</p> <p>Bsp.: wenn sich der Patient die Trachealkanüle entfernt, muss man sich fragen: „Aus welchem Anlass heraus tut er / sie das?“ Und nicht: „Wie stecke ich das Ding wieder möglichst schnell in ihn / sie rein?“</p>

					Wenn an der Stelle eine fachkompetente Aufsicht vor Ort ist oder gar der fachkompetente Fallmanager greifbar, dann könnte man zeitnah Ressourcen aufgreifen und im Sinne des Patienten befördern.	
§ 7	Absatz 4		Einfügen: Im Folgenden unterstützt bzw. koordiniert die Versicherung im Fallmanagement die Suche nach einem geeigneten Leistungserbringer.		Spätestens dann ist der Versicherung die Situation des Patienten bekannt.	
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
				s.o. Fallmanagement		

§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			Fallmanagement			

§ 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.			
			Fallmanagement			
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Begriff „geeignete Pflegekraft“ an der geeignete Stelle klären		Der Begriff ist unscharf und im Hochrisikobereich nicht anwendbar. Fachlich geeignet sind ausschließlich und abschließend Anästhesiefachpfleger:Innen und Intensivfachpfleger:Innen.	

§ 7	Absatz 6		
§ 7	Absatz 7		
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege			
§ 8	Absatz 1		
§ 8	Absatz 2	<p>Satz 1: Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst in Zusammenarbeit mit ihrem intensivfachkompetenten Fallmanagement (s.o.) im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen.</p>	<p>Hier ist zu berücksichtigen, dass beim Medizinischen Dienst bzw. MDS seit 2011 keinerlei patientensichere Prüfungsressource etabliert wurde.</p> <p>In Sachen außerklinische Intensivversorgung ist seitdem keine hinreichend kompetente Prüfung von außerklinischen Intensivversorgungssettings vorgenommen worden.</p> <p>Hier fehlen sämtliche Prüfverfahren entlang medizinischer und intensivfachpflegerischer Leitlinien- bzw. Expertenstandards.</p> <p>Bisher teilweise verwendete, sozialmedizinische Prüfungen per Aktenlage sind nicht aussagekräftig, kaum zielführend und dementsprechend nicht patientensicher.</p>

§ 8	Absatz 3		Die Krankenkasse übernimmt nach positivem Kostenübernahmeentscheid die verordneten Leistungen. Der Entscheid ist vor Überleitung des Versicherten aus dem Krankenhaus binnen drei Werktagen zu treffen.		Ein Mangel im Überleitungsverfahren bisher ist, dass Patienten kurz vor dem Wochenende in größter Eile in die Nachversorgungen verlegt werden. Das bringt den Patienten, Betreuer, An- und Zugehörige in größte Nöte und bildet keine Patientensicherheit mehr ab.	
§ 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		Satz 1 Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege ist die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft (Einfügen: <u>unter intensivfachkompetenter Aufsicht der Fachbereichsleitung</u>) über den gesamten Versorgungszeitraum zur	Begründung: Der Leistungsinhalt muss durchgängig die Patientensicherheit gewährleisten. Eine nicht näher bezeichnete „geeignete Pflegefachkraft“ ist dazu ohne fachliche Aufsicht nicht in der Lage die notwendige Patientensicherheit abzubilden.		

			Erbringung der medizinischen Behandlungspflege.			
§ 9	Abs. 1	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:</p> <p>7. der Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht invasiven Beatmung,</p> <p>8. der Umgang mit Hilfsmitteln der Sauerstofftherapie,</p>			
			<p>Ändern:</p> <p>Zur medizinischen Sicherungspflege (s.d.) im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege gehören insbesondere:</p> <p>Zu 2. Trachealkanülenmanagement unter fachlicher Aufsicht</p> <p>Zu 3. Sekretmanagement unter fachlicher Aufsicht bedarfsangepasst</p> <p>Zu 4. Dysphagie</p>		<p>Medizinische Behandlungspflege hier begrifflich weiter zu verwenden ist nicht therapietreibend.</p> <p>z.B. Wechsel der TK darf nur durch fachliche Aufsicht erfolgen (hier haben Auslassversuche bei Teilzeitbeatmung und Auslassungen bei Nurkanülierten besondere Bedeutung s. Anhang S. 14 zu)</p> <p>Erhöhte Sekretion ist eine natürlich Folge der Irritation von respiratorischem Flimmerepithel durch die Trachealkanüle (s. Anhang S. 11 <u>Die respiratorisch- mukoziliäre Clearance</u>)</p> <p>Mit einem fingerdicken Fremdkörper in der Luftröhre ist der Schluckreflex nachhaltig beeinträchtigt. Es ist zu bedenken, dass sich</p>	

			<p>Zu 5. Die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes ist nur unter kontinuierlicher fachlicher Aufsicht zulässig</p> <p>Zu 7.</p> <p>Zu 1. – 9. Alle Punkte sind lediglich über die permanente Anwesenheit der qualifizierten Fachaufsicht im Pflegedienst zu gewährleisten</p>	<p>dieser erst wieder regeneriert, wenn die Fremdkörperirritation vorbei ist (Dekanülierung)</p> <p>Zudem ist in der außerklinischen Situation der Mensch zumeist via PEG ernährt und flüssigkeitssubstituiert. Es gibt für ihn bei eingeschränkter Schluckfunktion keine Motivation zur Mitarbeit bei logopädisch-manipulativer Stimulation. Eher ist eine verschärfte Belastungssituation des Patienten zu erwarten. (Siehe Anhang <u>Situation in der außerklinischen Intensivversorgung</u> S.5 Punkt 5.) und 6.)</p> <p>Pflegefachkräfte sind nicht qualifiziert im Umgang mit diesen Geräten (Anästhesie- und/oder Intensivfachpflege mit entsprechender Berufsbezeichnung ist erforderlich)</p> <p>NIV ist nur zulässig, wenn der Patient sein Einverständnis gegeben hat und kooperationsfähig sein kann. (Trifft für einen Großteil außerklinisch Intensivversorgter nicht zu)</p> <p>Siehe Anhang S. 7 Absatz 3 und 4 Die Pflegefachkraft ist hier die falsche Berufsgruppe.</p>
--	--	--	--	--

§ 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.		
§ 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				
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen	GKV-SV, KBV, DKG PatV

		<p>Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>Behandlungspflege in dem nach § 10 Absatz 5 definierten Umfang zu ermöglichen. ²</p> <p>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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>		
		<p>Rückzugspflege ist an dieser Stelle im Zusammenhang mit Intensivfachpflegeversorgung nur nach Dekanülierung und Tracheostomaverschluss zulässig.</p>			
§ 9	Absatz 7			Wann genau ist das der Fall?	
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege					

§ 10	Absatz 1		Das bei der KV etablierte Fallmanagement Intensivversorgung koordiniert die Zusammenarbeit der verordneten außerklinischen Intensivversorgung.		Fallmanager*in als Gatekeeper an der Seite des Patienten. Verordnende Ärzte sind im Sektor bei weitem zu abständig und z. Zt. außerklinisch inkompetent (siehe Anhang Seite 4 Punkt 1.)	
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: [Absatz streichen]	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			

§ 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		streichen		Fallmanagement koordiniert mit fachlicher Aufsicht des Pflegedienstes	
§ 10	Absatz 4 bzw. 5		streichen		Fallmanagement informiert in Abstimmung / zusammen mit fachlicher Aufsicht	
§ 10	Abs. 4 bzw. 5	Satz 2	GKV-SV, DKG: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekannülierung einzuleiten und die	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Krankenkasse zu informieren.			
§ 10	Absatz 5 bzw. 6		streichen			
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	<p>KBV, DKG, GKV-SV: 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 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</p>	<p>PatV: ¹Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und die fachrechte Versorgung 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>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.			
§ 10	Absatz 7 bzw. 8		Hausbesuche müssen protokolliert sein (Protokoll an Fallmanagement) und in Kooperation mit der Fachaufsicht durchgeführt werden			
§ 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.

Der Behandlungsplan muss sowohl die außerklinische - intensivmedizinischen als auch intensivfachpflegerischen Standards darlegen.

Bsp.: Leitlinienstandard zu außerklinischer Beatmung – hier wird detailliert beschrieben, wie genau die Vorgehensweise aussieht und der Umgang mit Respirator und Patient stattzufinden hat.

Hier sollte z.B. die DGF innerklinische Expertenstandards (de facto Leitlinie Pflege) in die außerklinische Anwendbarkeit überführen.

Alle Dokumentationen und Protokolle zu sämtlichen Tätigkeiten und Handlungen am Patienten im Hochrisikobereich „Sauerstofftransport“ sind jederzeit zur Einsicht und Nachvollziehbarkeit vorzuhalten, um einen fortwährenden Wirksamkeitsnachweis abzubilden.

Im Behandlungsplan muss die Fachaufsicht namentlich benannt und deren fachliche Qualifizierung nachgewiesen sein.

Insofern ein Behandlungsplan an dieser Stelle notwendig ist, ist dieser bei ständiger Aktualisierung durch das Fallmanagement (Erstverordnung KH und KK / Folgeverordnungen KK) zu erstellen und regelmäßig auf seine Wirksamkeit zu prüfen.

Die vorliegende Stellungnahme nimmt den Blickwinkel der außerklinisch intensivversorgten Patientinnen und Patienten ein. Basis ist eine neu entwickelte Intensivfachpflegeberatung (Triasorientierter Patientensicherheitscore [versus seit über zehn Jahren herbeigeführte qualitative Fehlanreiz- und Mangelversorgung s.d.]), die vollständig auf die Bedürfnisse eines Menschen im Versorgungssetting außerklinische Intensivversorgung ausgerichtet ist. Intensivfachpflegeberatung (siehe Präsentation) ist notwendig, weil ein klinischer Hochrisikobereich (hier Sicherstellung des Sauerstofftransports) an jedem außerklinischen Ort patientensicher dargestellt werden muss.

Bisherige Mängel in der außerklinischen Intensivversorgung (Fehlanreize, qualitative Mängel s. Tragende Gründe) führten zu erheblichen Problemen bei der Gewährleistung von Grundrechten der so versorgten Patienten.

Unsere Stellungnahme legt einen Versorgungspfad vor, der auf Patientensicherheit ausgerichtet ist. Dieser beginnt nach Beendigung der Intensivbehandlung an der Schnittstelle „Beatmungsentwöhnung“ noch auf der Intensivstation. Er verläuft entlang intensivstationärer Beatmungsrückführung, Dekanülierung und Luftröhrenverschluss.

Sollte eine Überleitung des Hochrisikobereichs trotz strenger Indikationsstellung (Triasorientierung) in eine außerhalb einer Intensivstation stattfindende Versorgungsform notwendig sein, wird die Patientensicherheit im gesteuerten, intensivfachpflegekompetenten Fallmanagement (siehe Präsentation Intensivfachpflegeberatung) der jeweiligen Krankenkasse in Kooperation mit der fachlichen Aufsicht des eingebundenen Pflegedienstes durchgängig gewährleistet.

Diese Vorgehensweise entspricht einem notwendigen Wirksamkeitsnachweis außerklinischer Intensivversorgung im Hochrisikobereich Beatmung, trachealer Kanülierung und Luftröhreneröffnung (siehe subjektive und objektive Risiken).

Nach Tracheostomaverschluss ist zeitnah (innerhalb max. 14 Tage) die Überleitung aus der 24h - Intensivpflege in eine herkömmlich ambulante bzw. stationäre Pflege (bei Bedarf inklusive Palliativkonzept) im etablierten, krankenkassenständigen Fallmanagement einzurichten.

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.

			Thoraxklinik Heidelberg gGmbH
			22.07.2021
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
§ 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.

§ 1	Absatz 2		<p>Thorax HD: Satz 2 ...gemäß § 4 Abs. 1 und 2 oder durch das Weaning-Board eines Zentrums, welches die Vorgaben des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren erfüllt oder eines-Weaning-Zentrums mit DGP-Zertifizierung.</p>	<p>Nur das zertifizierte Weaning-Zentrum bietet die volle Professionalität für die Einschätzung des Weaning-Potenzials. Das Weaning-Board besteht aus beatmungserfahrenen PneumologenInnen und AtmungstherapeutInnen. Zur Beurteilung dient ein schriftliches Assessment-Instrument, welches durch den behandelnden Arzt einzureichen ist. In Zweifelsfällen ist eine Vorstellung in der Weaning-Klinik zu veranlassen.</p>
§ 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). 	

§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3			

§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					
<p>§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege</p>						

§ 3	Absatz 1							
§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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>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 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</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
§ 3	Absatz 2							

§ 3	Absatz 3				
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>					

			vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
			Thorax HD: der Vorschlag von GKV-SV/ KBV wird unterstützt.			
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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.	
			<p>Thorax HD: Satz 7 oder 8: für die Erhebung nach Satz 1 ist mindestens einmal jährlich durch den potenzialerhebenden Arzt oder die potenzialerhebende Ärztin das Weaning-Board eines Zentrums einzubeziehen, welches die Vorgaben des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren erfüllt oder DGP-zertifiziertes Weaning-Zentrum ist. Das Weaning-Zentrum entscheidet - ggf. unter Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten – wann eine Wiedervorstellung erfolgen muss. Bei Patienten ohne Weaning-Potential kann die Wiedervorstellung entfallen.</p>	<p>Nur das zertifizierte Weaning-Zentrum bietet die volle Professionalität für die Einschätzung des Weaning-Potenzials. Das Weaning-Board besteht aus beatmungserfahrenen PneumologenInnen und AtmungstherapeutInnen. Zur Beurteilung dient ein schriftliches Assessment-Instrument, welches durch den behandelnden Arzt einzureichen ist. In Zweifelsfällen ist eine Vorstellung in der Weaning-Klinik zu veranlassen.</p>
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>	
§ 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 Aspirationsscreening 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		...§ 3 Abs. 5/6 oder durch das Weaning-Board eines Zentrums, welches die Vorgaben des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren erfüllt oder eines Weaning-Zentrums mit DGP-Zertifizierung.			
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<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: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<ul style="list-style-type: none"> 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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		

			<p>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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>

			<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>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. 			
§ 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</p>			

	Abs. 3 bzw. 4		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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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					
			GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren			

§ 5	Abs. 2	Satz 2		
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der au-	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Berklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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.			
§ 9	Absatz 3					
§ 9	Absatz 4					
§ 9	Absatz 5					
			PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern			

§ 9	Abs. 5	Satz 1				
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

				§132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				Verfahrens zur Potenzial- erhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung	PatV: ¹ Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit 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>die fachgerechte Versorgung 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 § 132l 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.						

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.

			LAG Phase F Niedersachsen (entspricht der Stellungnahme der BAG-Phase F e.V. bzw. wird von diesem vollumfänglich übernommen/geteilt)	
			22.07.2021	
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	

				Die BAG Phase F schließt sich der PatV an. Pflegekräfte sind sehr wertvolle Mitarbeitende in der Intensivpflege. Nicht jede Leistung im Bereich der Grundpflege muss von Pflegefachkräften ausgeübt werden.
§ 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 BAG Phase F lehnt Satz 5 ab. Diese Formulierung kann bedeuten, dass jede Pflegefachkraft besonders qualifiziert sein muss. Qualifiziert ist sie durch die Ausbildung. Uns ist bewusst, dass der Gesetzgeber diese Formulierung benutzt. Die Qualifizierungen sind ein enormer finanzieller wie auch personeller Aufwand. Der Nutzen darf infrage gestellt werden. Aus unserer Sicht ist es nicht notwendig, dass jede Pflegefachkraft unmittelbar bei Beschäftigungsaufnahme eine besondere Qualifizierung vorweist, auch eine zeitnahe Qualifizierung ist unrealistisch. Die Situation am Pflegefachkräftemarkt muss dabei berücksichtigt werden. Erfahrungswissen wird erworben und damit die besondere Expertise als Basis für weitere Entwicklungen.
§ 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).
§ 1	Absatz 5		<p>BAG Phase F:</p> <p>⁴Für Abwesenheitszeiten wird in stationären Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege eine verminderte Vergütung gezahlt. Es gelten die Abwesenheitsregelungen des Rahmenvertrages zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten in Einrichtungen der vollstationären Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.</p> <p>In Zeiten der Abwesenheit wird der Platz freigehalten und nicht belegt. Die Personal- und weitere Unterhaltskosten laufen trotzdem weiter. Es ist im Vorfeld nicht absehbar, ob es sich um wenige Tage oder im Falle einer Rehabilitation oder eines Weanings um eine längere Abwesenheit handeln wird. Die Richtlinie sieht regelmäßige Vorstellungen in spezialisierten stationären Einrichtungen (z.B. Weaningzentrum, Dysphagiezentrum) vor. Es ist mit sehr viel mehr Abwesenheiten als in der Vergangenheit zu rechnen. Die</p>

				<p>Wirtschaftlichkeit und Existenz der Einrichtungen sind in Gefahr.</p> <p>Alternativ möchten wir anregen, die Abwesenheitsregelung in § 132 I SGB V durch die Gesetzgebung klären zu lassen.</p>
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	<p>Die BAG Phase F schließt sich der DKG an.</p>
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			

§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
				Die BAG Phase F schließt sich der DKG an.		

§ 2	Absatz 4		Die BAG Phase F unterstützt die Umsetzung der Therapieziele. Wir geben aber zu bedenken, dass diese Zentren (Dysphagie und Weaning) bundesweit nicht zur Verfügung stehen! Das Ansinnen der regelmäßigen Vorstellung der Versicherten wird nicht umsetzbar sein.
§ 2	Absatz 5		
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege			
§ 3	Absatz 1		<p>Anmerkung der BAG Phase F</p> <p>Versicherte mit erworbenen Hirnschädigungen (im s.g. Wachkoma, apallisches Syndrom), bei denen im Krankheitsverlauf das Tracheostoma verschlossen werden konnte, können trotzdem weiterhin eine Husteninsuffizienz und massive Schluckstörungen haben, die die Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen. Diese Intervention erfolgt nicht täglich, verhindert jedoch Pneumonien und Krankenhauseinweisungen. Der Verschluss des Tracheostomas bedeutet Lebensqualität.</p> <p>Daher bitte „täglich“ streichen oder der DKG-Empfehlung folgen.</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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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 Pfl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	--	--	--	-----	-------------	------

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>gefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
			<p>Die BAG Phase F stimmt dieser Formulierung zu.</p>	<p>BAG Phase F bis „... notwendig ist.“</p>	<p>BAG Phase F bis „... notwendig ist.“</p>	<p>Begründung s.o.</p>	<p>=</p>	<p>=</p>

			Insbesondere „täglich“ streichen.	Insbesondere „täglich“ streichen.			
§ 3	Absatz 2	<p>Die BAG Phase F bittet um das Hinzufügen des folgenden Satzes 2:</p> <p>²Eine lebensbedrohliche Funktionsbeeinträchtigung kann weiterhin bei Versicherten vorliegen, bei denen das Tracheostoma verschlossen wurde. Hier sind insbesondere Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (im s.g. Wachkoma, apallisches Syndrom) zu nennen. Das gleiche kann für Langzeitbeatmete nach erfolgreicher Entwöhnung von der Beatmung wie auch dem Verschluss des Tracheostomas zutreffen.</p>		<p>Hinweis der BAG Phase F: Diese Versicherten werden trotz bestehender Schluckstörung dekanüliert. Sie können trotzdem weiterhin eine Husteninsuffizienz und massive Schluckstörungen haben, die die Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen. Der Verschluss des Tracheostomas bedeutet Lebensqualität, messbar an weniger spastischen Fehlstellungen der Extremitäten und Entspannung des ganzen Körpers. Hustenanfälle wie auch Unruhezustände lassen nach. Es handelt sich um einen langwierigen Rehabilitationsprozess, das Ziel dabei sind weiterhin Verbesserungen der Gesamtsituation.</p>			
§ 3	Absatz 3						
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können</p>	<p>PatV:</p> <p>(3) ¹Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6], dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung</p>	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
--	--	--	--	---	--	--

					Die BAG Phase F lehnt die GKV-SV, KBV-Position ab. Mit dieser Formulierung hat der Versicherte bzw. die Versicherte keine Versorgung mehr. Eine Einweisung in ein entsprechendes Zentrum ist kurzfristig (wahrscheinlich sogar langfristig) unrealistisch.	Die BAG Phase F sieht auch diese Position der PatV kritisch. Unverzögerlich ist unrealistisch und zu streichen. Wenn das Weaning bzw. die Dekanülierung erfolgreich sein soll, muss der Versicherte oder die Versicherte sich in einer relativ stabilen Situation befinden. Nur so kann das vorhandene Potenzial genutzt werden. Das ist mit einer ersten Aussicht auf Besserung nicht gegeben.
§ 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.			
						Die BAG Phase F schließt sich der Formulierung PatV an. Mit dieser Formulierung wird der bürokratische Arbeitsaufwand der behandelnden Ärztinnen und Ärzte deutlich reduziert.

§ 3	Absatz 5 bzw. 6	Die BAG Phase F bittet um folgenden Zusatz zu Satz 10: Gleiches gilt für erwachsene Versicherte ohne Verbesserungs- und Entwicklungspotenzials, ohne Aussicht auf ein erfolgreiches Weaning bzw. eine erfolgreiche Dekanülierung.		Die BAG Phase F weist mit diesem Zusatz auf die besondere Situation der Menschen im Wachkoma und Langzeitbeatmeter hin.		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
					Anmerkung der BAG Phase F: Hier möchten wir auf den Zusatz der PatV in Satz 1 verweisen und bitten, Satz 5 zu streichen. Außerdem ist an dieser Stelle unsere Ergänzung zu Satz 10 zu berücksichtigen. Die praktische Durchführbarkeit sollte ausreichend Beachtung finden.	
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			

			<p>Die BAG Phase F empfiehlt zu Satz 10 folgende Ergänzung: Hierzu zählen auch Menschen im Wachkoma mit einem langwierigen Krankheitsverlauf ohne Dekanülierungspotenzial oder bei bereits verschlossenem Tracheostoma ohne Entwicklungspotenzial bei weiterhin bestehender Schluckstörung, sowie langzeitbeatmete Versicherte ohne Weaningpotenzial.</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	
					<p>Die BAG Phase F stimmt der PatV zu. Die vorgesehene Befunderhebung ist bereits sehr umfangreich, „insbesondere“ kann bedeuten, dass weitere Erhebungen willkürlich dazu kommen können. Im Interesse einer guten Zusammenarbeit wird niemand einen zusätzlichen Befund verweigern.</p>		
			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	

					Diese Formulierung wird von der BAG Phase F abgelehnt. Eine Sedierung, die diesen Score erfordert, kennen wir in der außerklinischen Intensivpflege nicht.	Die BAG Phase F stimmt dieser Formulierung zu. Der Schmerzstatuts wird durch die Pflegefachkraft bei allen Versicherten erhoben. Hier kann der ärztliche Dienst entlastet werden.
		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	
					Die BAG Phase F stimmt der KBV, GKV-SV, PatV zu.	BAG Phase F: Wir sehen immer wieder Entwicklungen, die nicht zu erwarten waren. Daher ist uns die Formulierung „Feststellung“ zu absolut.
		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			
				<p>Anmerkung BAG Phase F: Mit welcher Konsequenz wird in der Langzeitpflege alle 6 Monate der mutmaßliche Patientenwillen erhoben? Die Patientenverfügung lag bereits im Krankenhaus vor, der mutmaßliche Wille ließ sich auch dort eruieren. Auch ohne Punkt 8 wird in der Langzeitpflege in entsprechenden Situationen der Patientenwillen berücksichtigt.</p>		
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
				BAG Phase F: siehe 8		
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
				<p>BAG Phase F: Wie soll bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, die sich in einem Zustand des minimalen Bewusstseins befinden, die Lebensqualität erhoben werden?</p>		
			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		<p>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).</p>					
§ 3	Absatz 8 bzw. 9							
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] einbezogen werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen</p>	<p>PatV</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG:</p>		
							<p>Die BAG Phase F stimmt der PatV zu. Die vorgesehenen Aspekte sind bereits sehr umfangreich, „insbesondere“ kann bedeuten, dass weitere Aspekte willkürlich dazu kommen können.</p>	
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])</p>	<p>PatV, DKG</p>	<p>KBV, GKV-SV</p>		

			<p>BAG Phase F bittet um den Zusatz: Die Situation von Versicherten im Wachkoma muss besonders berücksichtigt werden.</p>	nein		<p>BAG Phase F lehnt Punkt 3 und 4 der KBV, GKV-SV Position ab. Begründung: Die Durchführung der Schluckdiagnostik bei Menschen im Wachkoma gelingt in der Fläche sehr schlecht. Die Versicherten müssen dafür über lange Fahrwege in die Klinik und in eine fremde Umgebung gebracht werden. Der Arzt oder die Ärztin können auf diese Menschen kaum eingehen. Es wird ein großer Aufwand ohne Nutzen. Eine stationäre Aufnahme dafür verbessert die Situation nicht.</p>
			<p>DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>	DKG	KBV, GKV-SV, PatV

					Die BAG Phase F stimmt der DKG-Position zu.
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität		
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität		
					BAG Phase F: Diese Erhebung erfolgt bereits unter § 3 Abs. 6 bzw. 7 Punkt 9. Außerdem verweisen wir auf unsere Anmerkung dort: Wie soll bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, die sich in einem Zustand des minimalen Bewusstseins befinden, die Lebensqualität erhoben werden?
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren		
			Die BAG Phase F bittet um folgenden Zusatz: Die besondere Situation der Menschen im Wachkoma ist zu beachten.		
§ 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.		
			Die BAG Phase F bittet um folgenden Zusatz: Satz 1 Punkt 9: ggf. Sitz der Trachealkanüle	Die BAG Phase F bittet darum, „ggf.“ hinzufügen. Es ist davon auszugehen, dass auch Versicherte ohne Tracheaostoma und Trachealkanüle einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben werden.	

§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte

§ 4	Absatz 1		<p>Satz 1: Die BAG Phase F bittet um das Setzen eines Schrägstrichs: 1. Innere Medizin / Pneumologie</p>		<p>Position der BAG Phase F: Auch der Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin kann aufgrund seiner/ihrer Erfahrungen ein geeigneter Vertragsarzt bzw. eine geeignete Vertragsärztin sein.</p>	
§ 4	Abs. 1	Satz 2	<p>KBV, PatV, DKG: 5. für Kinder- und Jugendmedizin [.]</p>	<p>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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>7. Notfallsituatio- nen und</p> <p>8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter verfügen.</p>		
			<p>Die BAG Phase F bittet um folgenden Zusatz: Spezia- listen sind lt. dieser Richtli- nie nach Möglichkeit hin- zuzuziehen.</p>		<p>Die BAG Phase F stimmt der KBV, PatV, DKG-Posi- tion in Satz 3 zu.</p> <p>Position der BAG Phase F: Das Ansinnen der GKV-SV wird nicht umsetzbar sein, bitte Satz 3 bis 5 streichen.</p>
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 be- darf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
				<p>Die BAG Phase F spricht sich gegen die Position des GKV-SV aus: Bitte streichen, sonst finden sich keine niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mehr.</p>	
§ 4	Absatz 2				
§ 4	Abs. 2	Satz 1	<p>DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹Erfolgt die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege für beatmete Versi- cherte 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</p>		

			<p>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>	
			<p>Die BAG Phase F bittet um das Setzen eines Schrägstrichs:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Innere Medizin / Pneumologie 	<p>Position der BAG Phase F: Auch der Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin kann aufgrund seiner/ihrer Erfahrungen ein geeigneter Vertragsarzt bzw. eine geeignete Vertragsärztin sein.</p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		<p>Position der BAG Phase F: In der Begründung „kleinen“ bitte streichen. Die Gruppe der Versicherten im Wachkoma, die bereits erfolgreich dekanüliert wurde bzw. wird, gehört auch dazu.</p>
§ 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>	<p>Die BAG Phase F spricht sich für die Aufnahme dieser Formulierung aus. Sie eröffnet insbesondere in strukturschwachen Gebieten mit dünner (fach-) ärztlicher Versorgung eine angemessene Versorgung.</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,				
			Die BAG Phase F bittet um das Setzen eines Schrägstrichs: 2. Innere Medizin / Pneumologie	Position der BAG Phase F: Auch der Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin kann aufgrund seiner/ihrer Erfahrungen ein geeigneter Vertragsarzt bzw. eine geeignete Vertragsärztin sein.			
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,				
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV	
						PatV zusätzlich: ,	

			<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. 			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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.	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	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
					<p>Die BAG Phase F befürwortet wegen der konkreten Angaben die Position der PatV, GKV-SV.</p>	
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1					<p>Hinweis der BAG Phase F zum Verordnungsvordruck: Es besteht ein enormer Dokumentationsaufwand, der in vielen Punkten der Statistik dient. Bedenken Sie bitte den zeitlichen Aufwand. Es müssen qualifizierte Ärztinnen und Ärzte gefunden werden, die überhaupt die Betreuung dieser Versicherten übernehmen</p>

				möchten. Z.B. ist die Trachealkanüle heute geblockt, morgen ungeblockt. Das Ziel bleibt doch trotzdem die Dekanülierung. Vieles ist tagesformabhängig. Es müssen Ausnahmen bei fehlendem Potenzial möglich sein.
§ 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)	Hinweis der BAG Phase F: Bitte streichen, wird an anderer Stelle schon erfasst. Die Erfassung des Potenzials ist eine Prognose und hat aus unserer Sicht keine Relevanz für die Verordnung.
			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	Hinweis der BAG Phase F: Bitte streichen, wird an anderer Stelle schon erfasst. Die Erfassung des Potenzials ist eine Prognose und hat aus unserer Sicht keine Relevanz für die Verordnung.
§ 5	Absatz 2			
			GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	

§ 5	Abs. 2	Satz 2		
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			Hinweis der BAG Phase F: Entweder besteht ein nicht planbarer Interventionsbedarf oder nicht. Der besteht 24 Stunden am Tag, „... ganz oder teilweise ...“ ist bitte zu streichen. Sollte sich dieser Absatz auf die Rückzugspflege beziehen, sollte es erkenntlich sein. Siehe auch weitere Finanzierung der AIK in § 9 Abs. 7 hinzugefügter Satz 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	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			<p>Die BAG Phase F bittet um das Hinzufügen des Satzes: ³Gleiches gilt für anspruchsberechtigte Versicherte ohne Altersbegrenzung, bei denen kein Verbesserungspotenzial besteht.</p>	<p>Hinweis der BAG Phase F: Gemeint sind Anspruchsberechtigte, die sich über Jahre im gleichen Zustand ohne Verbesserungs- und Entwicklungspotenzial (Dekanülierungs- und Weaningpotenzial) befinden.</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: <i>[streichen]</i></p>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
					<p>Position der BAG Phase F: Satz 2 bitte streichen</p>	
			<p>KBV, PatV: hat soll</p>			

§ 6	Abs. 2	Satz 3				
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			
					Die BAG Phase F stimmt dieser Position zu. Nur so haben Versicherte eine frühe Chance, tatsächlich erfolgreich entwöhnt zu werden.	
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in	PatV: ² Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse die Versorgung	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³Die 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.</p>	<p>durch einen Leistungserbringer oder eine von der oder dem Versicherten selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 §</p>	<p>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</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			132I Absatz 5 SGB V bestehen.	§ 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		
§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
					DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
					Die BAG Phase F stimmt der DKG-Position zu.	Hinweis der BAG Phase F: Hier wäre ein hoher, nicht zu rechtfertigender bürokratischer Aufwand zu erwarten.
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
					Hinweis der BAG Phase F: Der Zusatz kann gestrichen werden, weil ohnehin eine nichtplanbare und damit permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft besteht.	
§ 7	Absatz 6					

§ 7	Absatz 7					
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 8	Absatz 1					
§ 8	Absatz 2				Hinweis der BAG Phase F zu Satz 2: Die Genehmigung in nicht vollem Umfang kann nicht in vollstationären Einrichtungen erteilt werden.	
§ 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				Position der BAG Phase F: Punkt 7 bzw. 9: (bspw. Herz-Kreislauf-Monitoring) bitte streichen. Es handelt sich um eine außerklinische Intensivpflege. Die Überwachung	

				der Vitalparameter hat ihre Grenzen, so mal kein Arzt und keine Ärztin in der Nähe sind, die ein erweitertes Monitoring (z.B. Mehrkanal-EKG) bewerten können.	
§ 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.		
§ 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					
§ 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 Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit	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 beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.	und Zugehörigen nicht zu gefährden. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
						Position der BAG Phase F: Wir stimmen der PatV zu, Satz 3 ist jedoch zu streichen. Er steht im Widerspruch zu Satz 2.
§ 9	Absatz 7	Die BAG Phase F bitte um Hinzufügung von Satz 4: ⁴ § 37 c Absatz 3 Sätze 2 und 3 SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen.		Hinweis der BAG Phase F: § 37 c Absatz 3 Satz 2: Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des <u>§ 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches</u> festgestellt ist.		
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
						Die BAG Phase F befürwortet die Streichung der GKV-SV-Position. Abs. 1 bzw. 2 mit allen Zusätzen beschreibt die Zusammenarbeit.
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung				
						Hinweis der BAG Phase F: Wie wird das alles finanziert, insbesondere die ärztlichen Leistungen?	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen				
§ 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	
						Position der BAG Phase F: den Zusatz der GKV-SV bitte streichen.	
§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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
					Position der BAG Phase F: GKV-SV, DKG Satz 2 bitte streichen. Ohne Prüfung wird hier agiert, das ganze kann sehr kostspielig werden und hat wenig Aussicht auf Erfolg. Welchen Zweck verfolgt die Information an die Krankenkasse?	Position der BAG Phase F: Wir unterstützen die Position der KBV, PatV. Diese Formulierung weist darauf hin, dass weitergehende Maßnahmen erst geprüft werden und ein tatsächlicher Bedarf so ermittelt wird.
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt	PatV: ¹ Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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.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>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.²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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 6 oder 7		Die BAG Phase F empfiehlt diese Formulierung: Der Leistungserbringer nach § 132I SGB V informiert die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt über neue pflegerelevante Befunde.		Die BAG Phase F empfiehlt Absatz 6 oder 7 zu streichen. Begründung: Woher haben der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin neue pflegerelevante Befunde und warum legen diese dann Ziele und Maßnahmen der Pflege fest? Ist das nicht Aufgabe der Pflege? Die Pflege hat (vermutlich) diese Befunde erhoben und weitergeleitet. Siehe Pflegeberufegesetz und die dort festgehaltenen Vorbehaltsaufgaben.	
§ 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	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

				verordnenden Vertragsarzt		
					Die BAG Phase F stimmt dieser Formulierung zu. Auch hier kann die Telemedizin Berücksichtigung finden.	Die BAG Phase F lehnt diese Formulierung ab.
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:		
					Die BAG Phase F lehnt Inhalte des Behandlungsplans als Bestandteil der Richtlinie ab.	Die BAG Phase F schließt sich dieser Position an.
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.	Die BAG Phase F möchte anmerken: Die Menschen im Wachkoma sollten mit ihren unterschiedlichen Bedarfen in dieser Richtlinie Berücksichtigung finden. Wenig hilfreich sind da beispielsweise die Fachärztin und der Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie. Der Allgemeinmediziner oder die Allgemeinmedizinerin wie auch die Fachärztin und der Facharzt für Innere Medizin sind da sehr wertvolle ärztliche Begleiter und aus unserer Sicht auch für diese vulnerable Gruppe sehr gut qualifiziert. Der Pneumologe steht in der Regel der Situation hilflos gegenüber und sieht seinen Aufgabenbereich wo anders. Gleiches gilt für Ärzte und Ärztinnen, die auf das Weaning spezialisiert sind. Die Lungenfunktion stellt in der Regel bei den Menschen im Wachkoma kein Problem dar. Für die Dekanülierung ist zusätzlich die Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ausreichend.					

Die Entfernung der Trachealkanüle und der Verschluss des Tracheostomas bedeuten Lebensqualität. Trotzdem bleiben die Menschen im Wachkoma auch nach der Dekanülierung eine äußerst vulnerable Gruppe, die weiterhin nicht in der Lage ist, lebensbedrohliche Situationen selbst zu beherrschen. Dazu zählt an erster Stelle die weiterhin bestehende Dysphagie mit dem notwendigen Absaugen, um eine Aspiration und in der Folge eine Pneumonie mit letalem Ausgang zu verhindern.

Da an verschiedenen Stellen die Lebensqualität der betroffenen Versicherten erfasst werden soll, empfehlen wir das Arbeiten mit Assessments, die auf die Belange und Entwicklungsverläufe der Betroffenen abgestimmt sind. Bei Menschen im Wachkoma bietet sich in der frühen Phase die Skala „Early Functional Abilities“ (EFA) an, bei Verbesserungen das Assessment „SINGER“ (Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation).

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.

			IPT Intensivpflegeteam, Traubengasse 15, 97072 Würzburg.	
			22.7.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.
§ 1 Grundlagen				
§ 1	Absatz 1			Es hilft, wenn Gesetzestexte sprachlich leicht lesbar sind. Vielleicht findet sich eine Möglichkeit, nicht gleich zu Beginn mit einem Querverweis zu starten.
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte	
				Wir teilen hier die Ansicht, dass Behandlungspflege in die Hände von Pflegefachkräften gehört.

§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
			<p>Wir schlagen vor, den Satz der GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: „⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.“</p> <p>Wegzulassen</p>	<p>Im Folgenden wird auf die Rahmenempfehlungen nach §132 I SGB V verwiesen. Der Satz ist somit redundant.</p>
§ 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, 	

			<p>2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</p> <p>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>	
				Hier teilen wir die Meinung von KBV, DKG, GKV-SV. Der Satz ist sinnvoll, um sicherzustellen, dass auch z.B. in Privatwohnungen eine pflegerische Versorgung schon alleine baulich möglich ist.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	

§ 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 perspektivischen Potenzialen sollen diese	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

				im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege						
§ 3	Absatz 1					
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Verände-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und	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 Anwesenheit	

			<p>rungen 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist,</p>	<p>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</p>	
--	--	--	--	--	---	--

			einer Pflegefachkraft notwendig ist.	wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	
			<p>Vorschlag zur Änderung des Textes:</p> <p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen die ständige Anwesenheit und Interventionsbereitschaft einer geeigneten Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			<p>Die Richtlinie soll die Grundlage der Arbeit vieler Menschen später sein. Die Arbeit mit Querverweisen macht den Text unnötig kompliziert. Komplizierte Formulierungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Fehler in der Interpretation. Diese erhöhen die Risiken für die betroffenen Menschen sowie die Verwaltungskosten im Rahmen von Verfahren zur Abweichungsbearbeitung.</p> <p>Vorschriftentexte müssen sprachlich richtig und möglichst für jedermann verständlich gefasst sein (§ 42 Absatz 5 Satz 1 GGO).</p>
§ 3	Absatz 2					
§ 3	Absatz 3					
			GKV-SV, KBV:	PatV:	GKV-SV, KBV	PatV

§ 3	Abs. 3		<p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 vorüberge-</p>	<p>(3) ¹Zeigt 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>		
-----	--------	--	---	--	--	--

			henden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
				<p>Hier teilen wir die Meinung der PatV.</p> <p>Diesen würden wir ergänzen durch den Satz der GKV – KBV:</p> <p>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.</p>	<p>Begründung: Der Ausschluss der Verordnungsfähigkeit wie durch die GKV-SV und KBV vorgeschlagen ergibt sich automatisch durch die Regelungen wie sie von den PatV vorgeschlagen sind.</p> <p>Der ergänzende Satz der GKV – KBV stellt sicher, dass keine Versorgungslücken entstehen.</p>	
§ 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		<p>Hier fehlt in der Liste der Hinweis auf den Einschub der PatV: „mit Ausnahme der Fälle nach den Sätzen 10 und 11“.</p> <p>Diesen Satz halten wir für sinnvoll</p>		<p>Wenn das Fehlen eines Potentials für Weaning oder Dekanülierung begründet dargestellt werden kann macht es wenig Sinn, das Potential vor jeder Verordnung zu erheben.</p> <p>Alle 6 Monate, wie unten vorgeschlagen, reicht in den Fällen ohne aktuelles Dekanülierungs- oder Weaning-Potential völlig aus.</p>	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
			Wir halten die Formulierung „des Potentials“ für hilfreicher.		<p>Begründung:</p> <p>Die Formulierung „des Potentials“ legt den Schwerpunkt der Bewertung sinnvoller Weise stärker auf das Vorliegen der körperlichen und psychischen Ressourcen auf Seiten des Patienten. Die Formulierung der DKG lässt die Interpretation zu, dass ein Erfassen des Weaningspotentials nicht erfolgen muss, wenn z.B. strukturell keine „Möglichkeit“ des Weanings besteht, weil z.B. kein Platz in einem Weaningzentrum zur Verfügung steht. Diese Öffnung kann in die Formulierung „des Potentials“ nicht reininterpretiert werden.</p>	

§ 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.					
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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					
			Dies macht Sinn aus unserer Sicht.					

			DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
				Dies macht Sinn		
			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
				Dies macht Sinn		
			KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten			
			Sehr wichtig aus unserer Sicht			
			KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens			
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			Weglassen		Die Berücksichtigung eines Ethik-Fallgesprächs ist nur unter besonderen Umständen angemessen und daher	

					kein Bestandteil der regelmäßig zu erhebenden Befunde.
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität		
			Dies macht auf jeden Fall Sinn		
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV
			Macht Sinn		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
			"sind insbesondere einzubeziehen"		
			PatV, DKG:	KBV, GKV-SV:	PatV, DKG
					KBV, GKV-SV

			3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			Hier stimmen wir zu			
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			Auch hier stimmen wir zu			
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität			
			Würden wir nicht hinzufügen			
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Dieser Punkt kann stehen bleiben			
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			
			Muss nicht dabei stehen			

§ 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		Vorschlag: Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Erfahrung im Bereich der (ambulant)en Intensivpflege		Begründung: Hals-Nasen-Ohren-Ärzte versorgen bereits vielfach beatmete Patienten und verfügen über Handlungskompetenzen für die Versorgung von Menschen mit Trachealkanülen und Beatmungsmaschinen, sowie im Umgang mit Stimm-, Sprech-, Sprach- sowie Schluckstörungen. Ausserdem haben viele HNO-Ärzte bereits Erfahrungen mit deren Weaning und Dekanülierung und sind daher gut in der Lage, entsprechende Verordnungen zu stellen.	
§ 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	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			Hier teilen wir die Ansicht der KBV, PatV und DKG		Begründung: Die Vorgaben der GKV-SV steht zu hoch. Es gibt zu wenige der von der GKV-SV vorgeschlagenen Ärzte.	
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Hier teilen wir die Meinung der PatV.		Die Versorgung von Trachealkanülen gehört zum Kerngebiet von Hals-Nasen-Ohrenärzten.	
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		
			<p>Hier teilen wir die Ansicht der KBV, PatV, DKG</p>		<p>Begründung: An der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte haben das fachliche Know-How, um Intensivpflege verordnen zu können.</p>	

§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>	
			Rauslassen.	Die von der GKV vorgeschlagene Regelung erhöht den Aufwand ohne jedweden Gewinn für die Solidargemeinschaft.
§ 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>	
			Empfinden wir für wichtig	
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		

§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten veOrdnern.			
			Wie befürworten die Ergänzung der PatV, KBV und DKG		... weil dies die Möglichkeiten der Gestaltung in der Versorgung flexibilisiert.	
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		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.	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,			
			Passt so			
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
			Stimmen wir zu			
			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		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 [.]	

			Hier teilen wir die Meinung von KBV, DKG und PatV		18 Monate einschlägiger Erfahrung sind eine gute fachliche Grundlage.
			<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. 		
			<p>Die Punkte b bis e würden wir gerne übernehmen und etwas konkretisieren.</p> <p>Wir schlagen folgenden Text vor: Allgemeinärzte und HNO-Ärzte mit 18-monatiger einschlägiger Erfahrung in der Versorgung von Versicherten in der neurologischen Frühreha Phase B, oder in einem Querschnittsgelähmtenzentrum oder in einem neuromuskulären Zentrum oder in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>	<p>Damit hätten wir die 18 Monate Erfahrung fixiert und auf die für die Erhebung des Weaning- oder Dekanülierungspotentials relevanten weiteren Fachgruppen konkretisiert. Wir würden es z.B. einem Nervenarzt, Diabetologen oder Orthopäden, der Patienten in dieser Einrichtung versorgt, nicht zutrauen diese Erhebung durchzuführen.</p>	
§ 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 Entlassmanage-</p>		

			ments, 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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

			Eine Liste halten wir nicht für sinnvoll	Diese aktuell zu halten ist ein riesiger Verwaltungsaufwand, dessen Gewinn für die Solidargemeinschaft fraglich ist.
§ 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.	
			Dieser Satz ist nicht notwendig.	Im täglichen Leben übermitteln auch die Sozialdienste oder die Pflegedienste die Verordnung. Wichtig ist, dass die Verordnung bei der Krankenkasse ankommt. Weiter unten werden die Fristen für die Übermittlung der Verordnungen sehr eng definiert. 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.
§ 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	

			Den Satz „Den oder die geeigneten Leistungsorte“ würden wir herausnehmen.	Die Orte für die ambulante Intensivpflege sind per se weiter vorne definiert. Wenn ambulante Intensivpflege verordnet wird gibt es keinen Anlass zur Vordefinition der Orte. Die Entscheidung hierüber muss – vorbehaltlich der Gültigkeit der hier definierten Leistungsorte – in der Hand der betroffenen Familien bleiben.
§ 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,	
			Würden wir weglassen	Erschließt sich von selbst, wirkt redundant
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	
			Würden wir weglassen	Aus unserer Sicht ist in den vorstehenden Sätzen alles Relevante geregelt.

			<p>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)</p>
			<p>Würden wir weglassen</p>
			<p>Aus unserer Sicht ist in den vorstehenden Sätzen alles Relevante geregelt.</p> <p>Zu 3 und 4: Bei der Regelung der Wiedervorlage der Behandlungspläne ist auf Klarheit in den Formulierungen zu achten. Aktuell sind die Wiedervorlagekriterien sehr unklar formuliert. Was sind z.B. „relevante Kontextfaktoren“? Durch unklare Formulierungen entstehen Unklarheiten in den Prüfungen durch den MDK mit der Folge unnötige rechtlicher Auseinandersetzungen.</p> <p>Was will die Regelung erreichen? Sollen die Behandlungspläne vorgelegt werden, wenn sich die Beatmungsdauer ändert? Aktuell wäre das so (wie vorstehend geregelt ist die Beatmungsdauer Bestandteil der Verordnung. Der Behandlungsplan ist vorzulegen, wenn sich Sachverhalte, die in der Verordnung festgelegt wurden, ändern.) Wollen Sie das wirklich? Wenn ja, warum und mit welchem positiven Effekt für die Betroffenen und die Solidargemeinschaft? Aktuell fordert die KK ohnehin regelmässig die Patientendaten an. Hier ist die Prüfung der hier vermutlich angezielten Faktoren ohnehin Bestandteil der Prüfung. Wir können verstehen, dass die Behandlungspläne angepasst werden müssen wenn sich der Zustand ändert. Eine Möglichkeit wäre,</p>

				<p>die Pflegedienste zu verpflichten, die Behandlungspläne aktuell zu halten. Dies könnte dann in der Pflegedokumentation hinterlegt werden wie z.B. die Massnahmenplanung.</p> <p>Es ist zu bedenken, dass die Krankenkassen alle Dokumente, die sie erhalten, verarbeiten und archivieren müssen. Eine Erweiterung der Dokumentenflut ist immer mit Kosten verbunden, die durch einen Sinn gerechtfertigt sein muss. Diesen sehen wir hier nicht.</p> <p>Ergänzend dazu ist zu bedenken, dass eine zu detaillierte Regelung die Fehlerwahrscheinlichkeit auf Seiten der Pflegedienste erhöht. Die Versorgungslandschaft darf nicht allzu überregelt sein, sonst wird es für die Pflegedienste immer schwieriger, mit den verfügbaren Mitteln rechtssicher zu arbeiten.</p>
<p>§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege</p>				
<p>§ 6</p>	<p>Absatz 1</p>	<p>Achtung, der Satz „Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten“ geht in unserem Verständnis nicht konform mit dem Satz in §7(1): ... oder ein Vertragsarzt außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu 7 Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.</p>	<p>Aus unserer Sicht ist die „Erstverordnung“ mit der „Verordnung nach der Entlassung“ im Rahmen eines Entlassmanagements identisch.</p> <p>Bisher verordnen die entlassenden Krankenhäuser AIP für 7 Tage. Es würde helfen, wenn dies ausgeweitet werden würde auf die unten genannten 5 Wochen.</p>	

					Was aus unserer Sicht keinen Sinn macht ist, dass die Krankenhäuser zunächst 7 Tage verordnen und die Folgeverordnung dann in der ersten Variante nur 5 Wochen umfassen darf. Kaum jemand wird die AIP schon nach 5 Wochen verlassen, das ist unrealistisch. Die bisher gehandhabten 3 Monate sind eine gute, bestehende, Grundlage.	
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

				Dies sehen wir wie die PatV.		Dies ist im Grunde selbstverständlich.
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 7	Absatz 1					
§ 7	Absatz 2		Siehe unsere Bemerkungen zu Paragraph 6 Absatz 1			
§ 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 Ein-	PatV:	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>bindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³Die 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.</p>	<p>²Bei 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>		
			<p>Zu: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] Dies würden wir rauslassen</p>	<p>Hier teilen wir die Ansicht der PatV. Es ist allerdings bitte zu prüfen, ob hier wirklich Absatz 7 gemeint ist (der Satz „§11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechen für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen....“</p>	<p>Die Krankenkasse kommt im Rahmen Entlassmanagements ohnehin früh „ins Spiel“. Wir würden hier die Arbeit der Sozialdienste nicht überregeln.</p>	<p>Da eine Weiterversorgung unter dem Regime der Verordnung für AIP im Rahmen dieser Richtlinie hier organisiert werden muss ist die durch die PatV dargestellt Satzkonstruktion absolut ausreichend. Alles andere ist in der Richtlinie geregelt.</p>

			<p>Zu 2 oder 3 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.</p>	<p>Möglicher Weise ist hier Paragraph 7 gemeint?</p>	<p>Die Grundlage für eine konstruktive Einbindung der Krankenkassen in die Beratung ist, dass die zuständigen Mitarbeiter über grundlegende Mindestkompetenzen verfügen. Hierbei wäre es sinnvoll, dass die Krankenkassen regional gut informierte Case-Manager benennen (und finanzieren), die über die regionalen Versorgungsnetze gut informiert sind.</p> <p><u>Die Verpflichtung, dieses Case-Manager vorzuhalten müsste dann in diese Richtlinie aufgenommen werden.</u></p> <p>Es gibt ja bereits Krankenkassen, die regional verteilte, gut informierte, Case-Manager vorhalten.</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					Hier gestaltet sich die Zusammenarbeit im Rahmen des Entlassmanagements sehr hilfreich und konstruktiv	
§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>Die Grundlage für eine konstruktive Einbindung der Krankenkassen in die Beratung ist, dass die zuständigen Mitarbeiter über grundlegende Mindestkompetenzen verfügen.</p> <p>Hierbei wäre es sinnvoll, dass die Krankenkassen regional gut informierte Case-Manager benennen (und finanzieren), die über die regionalen Versorgungsnetze gut informiert sind.</p> <p><u>Die Verpflichtung, dieses Case-Manager vorzuhalten müsste dann in diese Richtlinie aufgenommen werden.</u></p>	<p>Zentralisiert arbeitende Krankenkassen ohne speziell benannte, regional gut informierte, Case-Manager (oder anders betitelte Spezialisten) werden diese Arbeit nie so gut machen wie die Sozialdienste, da sie die Gegebenheiten vor Ort sowie den Betroffenen und seine Familie nicht kennen.</p> <p>Es gibt ja bereits Krankenkassen, die regional verteilte, gut informierte, Case-Manager vorhalten. Hier gestaltet sich die Zusammenarbeit im Rahmen des Entlassmanagements sehr hilfreich und konstruktiv.</p>
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>	
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>	

§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	<p>DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			<p>Hier teilen wir die Sichtweise der DKG.</p>		<p>Die Formulierung „im Wesentlichen“ sichert die Versorgungskonsistenz in der AIP nach dem Krankenhausaufenthalt auch dann noch, wenn sich Inhalte der Verordnung (wie z.B: die Beatmungsparameter) verändert haben. Ansonsten ist - wenn man die Richtlinie kirschkernklaubereich exakt betrachtet - bei einer Änderung z.B. der Beatmungsparameter (ein</p>	

					in der Verordnung genannter Wert) eine neue Verordnung auszustellen.	
§ 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	<p>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,</p> <p>Halten wir für sinnvoll</p>
§ 9	Absatz 2		
§ 9	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.</p> <p>Würden wir nicht hinzufügen, da diese Punkte pflegerische Basics sind</p>
			<p>Bitte prüfen zu 2 oder 3 Während des Versorgungszeitraumes der AIP sind diese Leistungen durch die geeignete Pflegefachkraft gemäß Absatz 6 zu erbringen</p> <p>Welcher Absatz 6 ist hier gemeint? Der Absatz 6 im Paragraph 9 passt nicht. Oder verstehen wir hier etwas falsch?</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 Muss nach unserer Meinung nicht nochmal erwähnt werden			
§ 9	Absatz 6					
§ 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 Erkran-	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 bei-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

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

			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].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung		
			Eher rauslassen	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.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen		
			Dem stimmen wir zu. Bitte ergänzen: „Im Rahmen ihrer Möglichkeiten“	Nicht alle Angehörige sind in der Lage, z.B. ihre Arbeitsstelle zu verlassen, um an einer interdisziplinären Teamsitzung teilzunehmen.	

§ 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
			Wir stimmen dem zu			
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Sollte berücksichtigt werden			
§ 10	Absatz 2 bzw. 3					
§ 10	Absatz 3 bzw. 4		Passt. Dies sollte normal sein. Unter dieser Perspektive bedarf es auch der obigen Regelung nicht, dass der Behandlungsplan bei Änderungen an die Krankenkasse geschickt wird (siehe unsere Ausführungen oben).			
§ 10	Absatz 4 bzw. 5		Dies macht Sinn.			
§ 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 Einbin-	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

				<p>dung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.</p> <p>Wir würden uns für diese Aussage entscheiden. Die Krankenkasse sollte erst informiert werden, wenn eine Dekanülierung sicher ist.</p>		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	<p>KBV, DKG, GKV-SV: ¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ²Ein Rückzug darf nur nach</p>	<p>PatV: ¹Eine 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. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden</p>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
			Wir stimmen dieser Formulierung zu.			
§ 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	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

				verordnenden Vertragsarzt		
			Hier stimmen wir für dieser Formulierung			
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:
					<p>Prinzipiell macht es Sinn, Inhalte des Behandlungsplanes verpflichtend zu definieren.</p> <p>Einige der im beigelegten Behandlungsplan vorgesehene Inhalte wirken fraglich hilfreich auf die Dauer. Hierzu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entlassende Klinik: 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. 	

- Nächste geplante Untersuchung durch den... Vertragsarzt...: Auch dies steht üblicher Weise in der Terminplanung. Falls dies allerdings nicht in der Terminplanung oder Pflegedokumentation hinterlegt ist macht es viel Sinn, diese Information auf dem Behandlungsplan unterzubringen.

Die Inhalte von Abschnitt 2 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.

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).

Die Inhalte von Abschnitt 3: Therapieziel, Inhalt und Umfang der AIP sind absolut wichtige Inhalte des Behandlungsplanes. Hier sollten auch konkretisierende Massnahmen der Ergotherapeuten, Logopäden sowie

			<u>Physiotherapeuten und ggf. Psychologen vorgesehen werden. Diese fehlen auf dem aktuellen Entwurf.</u>
<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>	<p>Die Teilnahme an den interdisziplinären Teamsitzungen muss unbedingt im Finanzierungskatalog der beteiligten Fachgruppen hinterlegt werden (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, ggf. Psychologie). Nur bei einer stabilen Vergütung werden die Leistungserbringer an den Teamsitzungen teilnehmen.</p> <p>Wir halten die interdisziplinären Teamsitzungen für einen der besten Elemente der Richtlinie, neben der Verpflichtung zur regelmäßigen Bewertung des Dekanülierungs- oder Weaning-Potentials. Der Gesetzgeber sollte Interesse daran haben, dass die interdisziplinären Teamsitzungen motivatorisch – und damit finanziell – exzellent hinterlegt sind.</p> <p>Bei der Verordnung der AIP sowie bei der regelmäßigen Bewertung des Dekanülierungs- oder Weaning- Potentials bitten wir, die HNO-Ärzte mit Erfahrung in der (ausserklinischen) Intensivpflege stabil als mögliche Leistungserbringer mit einzubinden.</p> <p>So wie wir den aktuellen Entwurf der Richtlinie lesen bitten wir, das Ziel und die Funktion des Behandlungsplanes konzeptionell nochmals zu beleuchten. Was soll der Plan leisten? Welche Informationen müssen unter der Perspektive dieses Zieles unbedingt auf dem Behandlungsplan erscheinen? Für wen sollen die Informationen auf diesem Plan hilfreich sein?</p> <p>Ansonsten: Vielen Dank für die viele gute Arbeit.</p>		

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.

		AbilityWatch e.V.	
		22.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL		Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.
§ 1 Grundlagen			
§ 1	Absatz 1	Satz 6: „Die Möglichkeit <i>individueller Vereinbarungen zu Qualifikationsvoraussetzungen</i> 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.“	Die explizite Erwähnung der Möglichkeit im Rahmen des persönlichen Budgets auch die außerklinische Intensivpflege durchzuführen, wird ausdrücklich begrüßt. Menschen mit Behinderungen, die ihre Pflege und Assistenz selbst organisieren können und wollen handeln eigenverantwortlich und sind in der Lage Pflegekräfte mit den für sie notwendigen Kompetenzen zu rekrutieren. Insofern sind abweichende Vereinbarungen von

				den Qualifikationsvoraussetzungen notwendig. Viele Betroffene hatten bei ersten Entwürfen des IPReG die Befürchtung, gut eingearbeitete, aber formal nicht ausreichend qualifizierte Pflegekräfte entlassen zu müssen.
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte	
			Keine Übernahme	Unter der Voraussetzung, dass die Leistungsträger bei persönlichen Budgets von der Anforderung der besonders qualifiziert Pflegefachkräfte abweichen, wie dies in Satz 6/7 eröffnet wird, kann hier auf den Zusatz verzichtet werden. Betroffene müssen entweder die Möglichkeit zur Auswahl, der aus ihrer individuellen Perspektive geeigneten Pflegekräfte haben (im Rahmen des Persönlichen Budgets) oder aber sich darauf verlassen können, dass die Leistungserbringer qualifiziertes Personal einsetzen (wenn sich Betroffene nicht für das persönliche Budget entscheiden).
§ 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.	
			Keine Übernahme	Würde an dieser Stelle eine besondere Qualifizierung gefordert, gilt dies allgemein für alle Menschen mit

				<p>außerklinischen Intensivpflegebedarf. Unabhängig von dieser Ergänzung kann ohnehin in der Rahmenempfehlung die Geeignetheit von Pflegefachkräften näher definiert werden. Es schränkt dann aber diejenigen nicht ein, die nicht unter die Rahmenempfehlung fallen.</p>
§ 1	Absatz 2		Übernahme der DKG, KBV, PatV Positionierung	<p>Nicht alle Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf sind beatmungsbedürftig oder trachealkanüliert. Insofern sind weitere spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte notwendig, um eine notwendige außerklinische Intensivpflege zu verordnen.</p> <p>[Allgemein: Es wird abgelehnt von „beatmungspflichtig“ zu sprechen. Die korrekte Formulierung ist beatmungsbedürftig.]</p>
§ 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> <p>1. die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist,</p>	

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).

Satz 4 Punkt 3 ist zu streichen.

Für das Erbringen von außerklinischer Intensivpflege sind geeignete räumliche Verhältnisse erforderlich. Diese können grundsätzlich auch als Voraussetzung für die Erbringung im dauerhaften Wohn- und Lebensumfeld gefordert werden, jedoch ohne dabei die Privatautonomie der Betroffenen im Hinblick auf die Gestaltung ihres Lebensumfeldes zu missachten. Diese können auch als Voraussetzung für die Erbringung im dauerhaften Wohn- und Lebensumfeld gefordert werden. Auch darf dies nicht dazu führen, dass die – aus medizinischer Sicht weiterhin notwendige – Versorgung in Bildungseinrichtungen, Arbeitsplätzen oder regelmäßig besuchten Unterkünften von Verwandten etc. für diesen Zeitraum nicht gewährt wird. Wenn Leistungserbringer und Versicherte trotz einer nicht vollständig geeigneten Raumsituation Tätigkeiten nachgehen möchten und müssen, darf dies nicht an einer verwehrt medizinisch notwendigen Intensivpflege scheitern.

§ 1	Absatz 5	Absatz 5 streichen, hilfsweise Formulierung der PatV	<p>Es geht völlig an der Lebensrealität vorbei, wenn davon ausgegangen wird, dass eine Rehabilitationseinrichtungen oder Krankenhaus (kurzfristig) im Zuge von medizinischer Behandlungspflege eine qualifizierte Intensivpflege erbringen kann. Dabei ist auch das Pflegeverhältnis von Versichertem und (außerklinischen) Intensivpflegekräften mit oft langwieriger individueller Einarbeitung zu berücksichtigen. Zudem ist nicht jede Einrichtung, nur weil sie medizinische Behandlungspflege erbringt, auf die besonderen Bedarfe des Patienten ausgelegt, die aus der Grunderkrankung entstehen und die ggf. völlig unabhängig vom Einweisungsgrund sind. In der Praxis würde die Verweigerung der eingespielten außerklinischen Intensivpflege bei Krankenhausaufenthalten zu einer Vermeidung von notwendigen Krankenhausbesuchen seitens der Betroffenen sowie zu einer Unterversorgung der Patienten bei Einweisung führen. Genau aus diesen Gründen beschloss der Bundestag am 24.06.2021 eine Erweiterung der Finanzierung von Assistenz im Krankenhaus. Es ist nicht erkennbar, warum Betroffene mit Intensivpflegebedarf aufgrund anderer Kostenträgerzuständigkeit schlechter gestellt werden dürften. Zudem ist auf die Erfahrungen des G-BA hinzuweisen, die im Rahmen der Konzeption von Qualitätsverträgen bei der Versorgung von Menschen mit geistiger</p>
-----	----------	--	---

				Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus gemacht wurden.
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			s.o.	s.o.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3			

§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
			<p>Hierbei ist auf den Patientenwillen einzugehen.</p>	<p>Es darf nicht vergessen werden, dass der Versicherte selbst darüber zu entscheiden hat, ob er eine Entwöhnung, Dekanülierung oder nicht-invasive Beatmung erhalten möchte. Auch wenn es selten sein mag, gibt es Personen, die mit der jeweiligen Beatmungssituation zufrieden sind. Beispielsweise kann eine Veränderung gerade bei neuromuskulären Patient*innen zu</p>		

						einer anderen Belastung der Muskulatur führen kann, die wiederum den Krankheitsverlauf oder zumindest das Wohlbefinden beeinflussen kann.		
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige	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 Anwesenheit einer geeigneten	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</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 unvorhersehbar erforderlich ist,</p>	<p>ten 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 sein kann, wobei die genauen</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

			wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
			Der Formulierung der DKG wird gefolgt				
§ 3	Absatz 2						
§ 3	Absatz 3						
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung	PatV: (3) ¹ 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	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
<p>Der Formulierung der PatV wird gefolgt</p>			<p>Auch bei einem vorhandenen potential zur Entwöhnung liegt bis zum Vollzug einer erfolgreichen Entwöhnung bzw. Dekanülierung ein Bedarf an (außerklinischer) Intensivpflege vor. Zudem würde mit der Formulierung von GKV-SV und KBV der Patientenwille ausgehebelt werden, da dem Versicherten gar keine andere Möglich-</p>			

					keit bliebe, als einer Entwöhnung oder einem Dekanülierungsversuch zuzustimmen. Dies ist weder rechtlich noch ethisch vertretbar. Desweiteren stellt sich die Frage, wie der oder die verordnende Arzt/Ärztin vorhersehen können soll, wann Plätze in spezialisierten Einrichtungen frei werden bzw. in welchem Umfang er zu prüfen hätte, ob bereits freie Plätze existieren. Es droht die pauschale Versagung von Verordnungen aus Regressfurcht der verordnenden Ärztinnen und Ärzte. Die Versorgungslage wäre dadurch real gefährdet.	
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3		Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			

	Abs. 5 bzw. 6		Entbehrlich	Da die Folgeverordnung der außerklinischen Intensivpflege ohnehin nur für eine Dauer von maximal 6 Monaten vorgesehen ist und eine erfolgte Potenzialerhebung nicht älter als 3 Monate alt sein darf, ist dieser Einschub überflüssig.		
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			Der Position der KBV wird gefolgt.		Die Benennung von geeigneten Erhebungsmethoden wird als hilfreich und sinnvoll erachtet.	
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			Der Position der KBV wird gefolgt.		Insbesondere eine strukturierte und damit auch im Zeitverlauf nachvollziehbare Veränderung des Patientenwillens ist unabdingbar.	
			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.			
			Der Position der KBV wird gefolgt.			
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			Der Position der KBV wird gefolgt.		Eine Limitierung auf Fachärzte für Kinder- und Jugend-Pneumologie bzw. Neuropädiatrie ist eine weitere erhebliche Hürde im ohnehin sehr anspruchsvollen Katalog zum Erlangen einer Verordnung. Es ist zu befürchten, dass es für Familien von Kindern und Jugendlichen mit Intensivpflegebedarf, die ohnehin eine hohe Frequenz an medizinischen Terminen zu absolvieren haben, zu unverantwortlichen Warte- oder Reisezeiten für entsprechende Fachärzt*innen kommen wird.	
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ol style="list-style-type: none"> 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.		
			Der Formulierung der KBV wird gefolgt.		Da die wenigsten Hausärzte eine Potenzialerhebung durchführen können und werden, kommt diese Art der Verordnung fast ausschließlich für die 1. Folgeverordnung in Frage, da hierbei die Potenzialerhebung noch nicht länger als 3 Monate zurückliegen dürfte. In diesem Falle wird eine überbordende Qualifikationsvoraussetzung für nicht notwendig erachtet. Sie verhindert nur eine notwendige außerklinische Intensivpflege-Verordnung.	

§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>
§ 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		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>

	Abs. 2 bzw. 3		Die Ergänzung wird begrüßt.	Bei nicht beatmungsbedürftigen oder trachealkanülierten Versicherten ist eine Potenzialerhebung nicht möglich und nötig. Insofern reicht es hier aus, wenn ein auf die Erkrankung spezialisierte Facharzt*in im Konsil mit einem anderen Vertragsarzt verordnet. Defizite sind hier in der Praxis nicht bekannt.		
§ 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,			
			Aufnahme wird empfohlen.			
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
			Aufnahme wird empfohlen.			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			Aufnahme wird empfohlen.		
			<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. 		
			Aufnahme wird empfohlen.	Die von der PatV vorgeschlagenen Ergänzungen ermöglichen für bestimmte Krankheitsbilder die korrekte Auswahl der hierfür nötigen Expertise. So sind Versicherte in neuromuskulären Zentren oder Querschnitts-Zentren oft in jahrelanger Behandlung und die spezifischen Charakteristiker in einer (un-)möglichen Entwöhnung sind dort bekannt.	
§ 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
			Ergänzung wird empfohlen.
			Die Dokumentation ist für Verlaufs- und Änderungsbeobachtungen medizinisch notwendig und erleichtert auch im Streitfall zwischen Versicherten und Krankenkasse (insbesondere bei abweichenden Vereinbarungen im Rahmen des persönlichen Budgets) die Klärung.

§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Streichung empfohlen.		Den Kompetenzerwerb des familiären Umfeldes und damit eine Übertragung der Verantwortung zur Gefahrenabwehr von potenziell lebensbedrohlichen medizinischen Situationen unter dem Vorwand der Verbesserung der Versorgungsqualität zu subsummieren wird abgelehnt. Bei erwartbaren Verschlechterungen ist eine lange Dauer der Verordnung nicht schädlich. Jederzeit ist eine vom Patienten oder behandelnden Arzt initiierte Neubewertung der Situation möglich. Allenfalls einer zu erwartenden Gesundheitsverbesserung sollte bei der Beurteilung der Dauer beachtet werden. Die persönlichen Ressourcen des Versicherten spielen bei der (medizinischen) Beurteilung zur Dauer keine Rolle.	

§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll	
			Satz 3 wird zur Streichung empfohlen.	Der/Die Vertragsärztin kann und darf nicht die persönliche Untersuchung vom Versicherten einfordern, sondern allenfalls daraufhin wirken. Satz 3 ist insgesamt unspezifisch bezüglich der Regelmäßigkeit und wird aufgrund der maximalen Verordnungszeit von 6 Monaten und der ohnehin regelmäßigen Potenzialerhebung für überflüssig erachtet.
§ 6	Absatz 3			
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 7	Absatz 1		Zeitraum ist auf 14 Kalendertage zu erhöhen.	Die hohen Voraussetzungen für eine (Folge-)Verordnung von außerklinischer Intensivpflege und die Gesamtbelastung, unter der Versicherte in einer solchen Situation stehen, lassen eine ggfs. nötige Folgeverordnung innerhalb von 7 Kalendertagen unmöglich erscheinen.
§ 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.	

			Dem Vorschlag wird zugestimmt.		Die Problematik besteht gerade in dem Unterbleiben einer frühzeitigen Entwöhnung und Dekanülierung. Daher ist vor Entlassung ein Versuch oder zumindest eine Potenzialerhebung durchzuführen.	
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
					Es ist unbedingt darauf zu achten, dass dem Versicherten die verschiedenen Möglichkeiten der außerklinischen Intensivpflege dargestellt werden, gerade weil sie	

					eine lange Zeit die Lebensqualität des Versicherten maßgeblich (mit-)bestimmen kann. Ein Automatismus zur Auswahl eines Leistungserbringer ist aus Patientensicht abzulehnen und widerspricht dem Grundsatz der Selbstbestimmung.	
§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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.			
			Es ist zu begrüßen, dass die Krankenhäuser die Aufgabe erhalten für eine Weiterversorgung in Abstimmung mit den Versicherten zu sorgen. Eine Unterstützung durch Aufzeigen von freien Kapazitäten durch die Krankenkassen erscheint ebenfalls sinnvoll. Es ließen sich damit auch strukturelle Versorgungsdefizite aufzeigen.			
§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gül-	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufent-	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			tig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	halt 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					
			DKG, KBV, PatV:	GKV-SV:	DKG, KBV, PatV	GKV-SV

§ 8	Abs.3	Satz 1	fünften	dritten		
§ 8	Absatz 4					
§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege						
§ 9	Absatz 1					
§ 9	Abs. 1	Satz 2	<p>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,</p>			
			Aufnahme dringendst empfohlen.	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.		
§ 9	Absatz 2					
§ 9	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.</p>			

§ 9	Absatz 3					
§ 9	Absatz 4					
§ 9	Absatz 5					
§ 9	Abs. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern</p> <p>Der Formulierungsvorschlag der PatV ist zu übernehmen.</p> <p>Die Regelungen dürfen nicht dazu führen, dass aufgrund vermeintlicher Mängel an den Rahmenbedingungen die außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit versagt wird, obwohl der Versicherte mit den Rahmenbedingungen der – wohlgemerkt eigenen Häuslichkeit – einverstanden ist. Sinnvoller wäre ein Anspruch des Versicherten gegenüber den Kostenträgern bei mangelnden Rahmenbedingungen auf angemessene Unterstützung. Das grundgesetzlich verbrieftete Recht auf die Unverletzbarkeit der eigenen Wohnung gilt auch für Versicherte mit außerklinischer Intensivpflege.</p>			
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG: ¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die</p>	<p>PatV: ¹Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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>		
			<p>Dem Vorschlag der PatV ist zu folgen.</p>			<p>Der Gesetzgeber hat in der Begründung zu Artikel 14 Absatz 5 davon gesprochen, dass die zeitweise Versorgung durch Familienangehörige nicht ausgeschlossen</p>

					<p>werden soll. Der Vorschlag von DKG, GKV-SV und KBV stellt eine inhumane Perversion des angedachten Zieles dar. Der durchschaubare Versuch Angehörige dauerhaft für die außerklinische Intensivpflege einzuspannen wird abgelehnt.</p> <p>Sollte eine Versorgung durch Familienangehörige erwünscht sein und dies auch tatsächlich erfolgen, kann, wie im Vorschlag der PatV die außerklinische Intensivpflege genau um den Umfang reduzieren, wie er tatsächlich stattgefunden hat ohne einen Anspruch für die Zukunft abzuleiten.</p>	
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

			und sektorenübergreifende Koordination einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
			Der Absatz ist zu streichen.	Gerade in ländlichen Regionen werden sich ohnehin kaum ordnungsberechtigte Vertragsärzt*innen finden. Ihnen allerdings die Verantwortung für die Durchführung der außerklinischen Intensivpflege aufzubürden, bei der sie in der Praxis nur sehr limitierende Einflussmöglichkeiten haben, entbehrt jeglichem Praxisbezug.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung		
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen		

§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der ver-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>ordnende 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		<p>KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	<p>DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	KBV, PatV	DKG, GKV-SV
			Absatz wird gestrichen		<p>Eine Verpflichtung zu Hausbesuchen wird abgelehnt. Die ohnehin großen Anforderungen an verordnende Vertragsärzt*innen, sowie die regelmäßigen Überprüfungen im Zuge der Folgeverordnungen machen einen verpflichtenden Hausbesuch überflüssig. Es ist zu befürchten, dass viele geeignete Fachärzt*innen diesen Zusatzaufwand scheuen bzw. keine Kapazitäten hierfür</p>	

				<p>vorliegen.</p> <p>Es ist zu bedauern, dass der G-BA keinen Versuch unternommen hat, Menschen mit dauerhaften außerklinischen Intensivpflegebedarf und Erkrankungen, die eine Besserung ausschließen, nicht separat zu definieren. Durch die hier aufgeführten Anforderungen wird ein System geschaffen, welches den Erhalt von Verordnungen nicht von medizinischen Notwendigkeiten abhängig macht, sondern im Finden von Fachärzt*innen, die sowohl Kapazitäten als auch Wille haben, sich diesen unsachgemäßen Anforderungen anzunehmen.</p> <p>Es wäre nachvollziehbar und sinnvoll gewesen, strikte Kontrollen inklusive Hausbesuche durch Vertragsärzt*innen für diejenigen Versicherten zu fordern, die in unselbstbestimmten Settings leben.</p>
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.



DGM

**Deutsche Gesellschaft
für Muskelkranke e.V.**

DGM | Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.
Bundesgeschäftsstelle | Im Moos 4 | D-79112 Freiburg

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. M-VL, Postfach 12 06 06

10596 Berlin
Per eMail an: aki@g-ba.de

Bundesgeschäftsstelle
Im Moos 4, D-79112 Freiburg

Telefon: 07665/9447-0
Fax: 07665/9447-20
E-Mail: info@dgm.org

Steuer-Ident-Nr. DE 142116296

www.dgm.org

Freiburg, 23. Juli 2021

**Schriftliche Stellungnahme gemäß § 92 Absatz 7g SGB V
Erstfassung einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übersende ich Ihnen die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) e.V. zur Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.

Ich bitte um Kenntnisnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Joachim Sproß
Bundesgeschäftsführer

Bank für Sozialwirtschaft Karlsruhe
IBAN: DE38 6602 0500 0007 7722 00 BIC: BFSWDE33KRL

Die DGM ist gemäß §§ 51 ff. AO ein gemeinnütziger Verein mit Sitz in Freiburg und ist damit berechtigt, Spendenbestätigungen für steuerliche Zwecke auszustellen.

DER PARITÄTISCHE
UNSER SPITZENVERBAND

achse
Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen

B.A.G
SELBSTHILFE

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.

	Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) e.V. – Bundesverband – Im Moos 4 – 79112 Freiburg	
	23. 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	Bereits im Gesetzgebungsverfahren hat die DGM zusammen mit anderen Organisationen wie der BAG SELBSTHILFE kritisiert, dass in § 37 c SGB V nicht hinreichend sichergestellt ist, dass das Aufenthaltsbestimmungsrecht aller Menschen mit Behinderungen, auch solcher mit intensivpflegerischem Bedarf, gewährleistet werden muss und nicht auf der Basis von Kosten-

				überlegungen ausgeschlossen werden darf. Zum anderen wird in § 37 c SGB V nicht hinreichend zum Ausdruck gebracht, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V durch § 37 c SGB V ergänzt und nicht ersetzt wird. Aus Sicht der DGM muss der Gemeinsame Bundesausschuss die benannten Unklarheiten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention zugunsten der Anspruchsberechtigten beseitigen.
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte	
				Die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) kennt nur den Begriff der „Behandlungspflege“, die Einführung eines neuen Begriffs der „medizinischen Behandlungspflege“ ist missverständlich und sollte unterbleiben, da § 37 a §37 ergänzt und nicht ersetzt. Eine Delegation muss auch an Pflegekräfte möglich sein.
§ 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 DGM fordert, dass in der Richtlinie ebenso wie im Gesetz nur von „geeigneten Pflegekräften“ gesprochen wird und nicht von „besonders qualifizierten Pflegefachkräften“. Auch soll ein Verweis auf die gesetzliche	Geeignete Pflegekräfte können auch Atemtherapeuten, Laien oder An- und Zugehörige sein, die einzelne verordnete Leistungen, wie Leistungen zum Sekretma-

			Regelung in § 37c Abs. 4 Nr. 2 SGB V erfolgen, wonach die Leistungserbringung im Persönlichen Budget unberührt bleibt. So könnte auch in diesem Setting von der besonderen Qualifikation der Pflegekraft abgewichen und der Einsatz von Assistenten erleichtert werden.	nagement (Absaugen oder Hustenassistenz), ausführen. In der Praxis kann eine flächendeckende außerklinische Versorgung durch Intensivpflegekräfte aufgrund des Fachkräftemangels nicht gewährleistet werden, eine Zwangsverlegung in die stationäre Pflege ist dann unvermeidbar. Dies ist für viele Menschen, die in häuslicher Pflege glücklich sind, unzumutbar, und der Nachweise effektiver Kosteneinsparung für die Kassen ist nicht geführt.
§ 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>Dem Aufenthaltsbestimmungsrecht der Betroffenen ist schon aus verfassungsrechtlicher Sicht der Vorrang gegenüber Kostenüberlegungen einzuräumen. Die DGM schließt sich der Stellungnahme der BAG SELBSTHILFE an. Auch aus Sicht der DGM kann grundsätzlich immer durch gebotene Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit eine adäquate Leistungserbringung gewährleistet werden. Es ist nur eine Frage des Aufwandes, dies sicherzustellen. Insbesondere die Voraussetzung „einer stabilen fach- und sachgerechten Infrastruktur“ ist daher nicht als Einschränkung einer Leistungserbringung vor Ort, sondern ein Gewährleistungsziel für die Nachbesserungsmaßnahmen in der Richtlinie zu definieren</p>
§ 1	Absatz 5			<p>Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass das Pflegepersonal in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen oftmals wenig auf den Umgang mit Versicherten mit den seltenen neuromuskulären Erkrankungen und chronischem Intensivpflegebedarf eingestellt ist. Auch fehlt es oft an den zeitlichen Kapazitäten für die sach- und fachgerechte Versorgung dieses pflegeintensiven Personenkreises mit seinen sehr speziellen und hohen Bedarfen. Sind die Versicherten in ihrer Kommunikationsfähigkeit stark beeinträchtigt und z.B. nicht in der Lage, Schmerzen und Bedürfnisse zu äußern, wie dies beispielsweise bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS)</p>

				regelmäßig gegeben ist, 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.
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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 132l 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.			
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3	Die DGM ist der Meinung, dass die in der vorliegenden Fassung aufgezählten Maßnahmen fachlich unzureichend und teilweise falsch sind. Sie sind in der Richtlinie nicht einzeln aufzuführen. Es soll an dieser Stelle besser auf die Leitlinien der Fachgesellschaften verwiesen werden, die von diesen fortlaufend für die jeweilige medizinische Indikation erarbeitet und angepasst werden.				
§ 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	GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹ Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Deka-	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.	nülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ² Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
					Aus Sicht der DGM stellt eine schematische halbjährliche Überprüfung der Potenzialnutzung für Menschen mit NME und anderen chronisch fortschreitenden Erkrankungen ohne Aussicht auf nachhaltige Besserung der Vitalfunktionen eine unnötige Belastung dar. Bei ihnen 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.	
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

§ 3	Absatz 1				<p>Da § 37 c den § 37 SGB V nur ergänzt und nicht ersetzt, müssen alle Patienten, die bislang Anspruch nach Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses der Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege haben, auch nach § 3 der vorliegenden Richtlinie einen Anspruch auf spezielle Krankenbeobachtung haben und zwar, soweit es bei ihnen täglich zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann. Die DGM schließt sich hier der Forderung der BAG SELBSTHILFE nach Übernahme der von der Patientenvertretung vorgeschlagene Formulierung in § 3 Abs. 1 an.</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- oder lebensgefähr-</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz</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 Anwesenheit</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>dende 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar</p>	<p>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</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

			einer Pflegefachkraft notwendig ist.	erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	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 Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Ver-	PatV: (3) ¹ 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 o-	GKV-SV, KBV	PatV		

			<p>tragsärztin 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>der 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>		
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Aus Sicht der DGM wäre es ein grober Behandlungsfehler, bei Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen oder in anderen Fallkonstellationen, in denen klar eine			

			<p>dauerhafte Beatmung bzw. die Trachealkanüle angezeigt ist, Dekanülierungsaktivitäten vorzunehmen.</p> <p>Der Absatz sollte neu und verständlich formuliert werden: Vor jeder Verordnung ist die medizinische Indikation für die Beatmung oder Trachealkanüle anzugeben, auf deren Grundlage die Möglichkeiten zum Beatmungsentwöhnung- oder Dekanülierungspotential dokumentiert werden. Bei festgestelltem Potential zur Reduzierung der Beatmungszeit bis zur Beatmungsentwöhnung oder zur Dekanülierung sind leitliniengerecht Untersuchungen einzuleiten, sowie Befunde und Maßnahmen mit dem Versicherten zu erörtern. Bei der Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotential sind die Möglichkeiten auf Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung zu prüfen. Die Prüfung des Potentials für Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung kann auch telemedizinisch erfolgen.</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

		<p>Die DGM ist der Meinung, dass auch hier auf einzelne Aufzählungen zu verzichten ist, da diese in den Leitlinien der Fachgesellschaften aufgeführt sind.</p> <p>Angaben zum Potential für Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung bei typischen neuromuskulären Krankheitsbildern (z. B. DMD, SMA, ALS) sind unabhängig vom Alter zu erheben und deshalb bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nicht zu unterscheiden.</p>			
		<p>0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation</p>			
		<p>DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus</p>	<p>DKG</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV</p>
		<p>KBV, GKV-SV, PatV: 6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;</p>	<p>DKG: 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV</p>	<p>DKG</p>

				Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
			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		Die DGM ist der Meinung, dass die Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte dieselbe sein muss. Auch darf es keine Unterschiede geben im kassenärztlichen Bereich oder im Rahmen des Entlassmanagements.			
§ 4	Abs. 1	Satz 2	KBV, PatV, DKG:	GKV-SV:	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 a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinder-	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>außerklinische Intensiv- pflege verordnen.</p>	<p>ärzte können außerklini- sche Intensivpflege ver- ordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht- invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülen- management, 5. Sekretmanage- ment, 6. speziellen Hilfs- mitteln, 7. Notfallsituatio- nen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter <p>verfügen.</p>		

§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>
§ 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		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>

	Abs. 2 bzw. 3					
§ 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,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
PatV zusätzlich: ,						

			<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. 			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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.	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	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>	Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1		<p>Die DGM ist der Meinung, dass der Verordnungsvordruck leitliniengerecht gestaltet werden muss. Im Detail ist der Vordruck zu ergänzen durch die medizinische Indikation zur Beatmung oder Trachealkanüle, Schmerzstatus/-behandlung, medikamentöse Versorgung, individuelle Möglichkeit der Kommunikation, Vorliegen einer Patientenverfügung oder Änderung des Patientenwillens, gesundheitsbezogene Lebensqualität und zur</p>			

			Frage, ob palliativmedizinische Begleitung erwünscht ist.	
§ 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.	
			Die DGM ist der Meinung, dass auch hier Angaben zum Potential für Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung bei typischen neuromuskulären Krankheitsbildern (z. B. DMD, SMA, ALS) unabhängig vom Alter zu erheben	

			<p>und deshalb bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nicht zu unterscheiden sind.</p> <p>Die Verordnungsdauer kann in diesen Fällen unbegrenzt sein, Empfehlungen zur Beatmungsüberprüfung sind leitliniengerecht erarbeitet. Die Dauer der Verordnung und die Verbesserung einer Versorgungsqualität können nicht zu Lasten der Übernahme von Leistungen aus dem familiären Umfeld erzielt werden. Die Familie genießt nach dem Grundgesetz einen besonderen Schutz. Die Ressourcennutzung muss in Absprache und Zustimmung mit dem Versicherten erfolgen.</p>			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			

§ 6	Absatz 3			
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 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.]	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
			DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>² oder ³ 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.</p>	<p>selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			die Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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, Die DGM schlägt vor, Satz 2 zu streichen und Satz 1 folgendermaßen zu ergänzen: „und hat nach von den Fachgesellschaften erstellten Leitlinien zu erfolgen“.			
§ 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.			

			Zusammen mit der BAG SELBSTHILFE hält die DGM es für erforderlich, in § 9 Absatz 2 Satz 2 der Richtlinie noch einmal klarzustellen, dass die „medizinische“ Behandlungspflege auch pflegerische Prophylaxen, Lagerungen und Hilfen bei Mobilität umfasst. Wie bereits ausgeführt wurde, gibt es sonst viel zu leicht Missverständnisse, weil in der vorliegenden Richtlinie nicht der übliche Begriff der „Behandlungspflege“ aus der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege verwendet wird.			
§ 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			
			Die DGM unterstützt die Forderung der PatV.	Die geforderten räumlichen Rahmenbedingungen müssen von der Häuslichkeit und anderen Orten abgegrenzt werden. Auch die Bedingungen der stationären Pflege müssen den Maßgaben der Qualitätssicherung entsprechen.		
§ 9	Absatz 6					
			GKV-SV, KBV, DKG:	PatV:	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der</p>		
-----	--------	----------	---	---	--	--

			von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
		Die DGM lehnt den Begriff der „Rückzugspflege“ ab. Der ärztlich verordnete Leistungsumfang darf durch die Beteiligung der An- und Zugehörigen nicht reduziert oder in Frage gestellt werden.			
§ 9	Absatz 7				
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege					
§ 10	Absatz 1	Die DGM fordert den Einbezug von Sozialarbeitern und Patientenlotsen. Die Koordination interdisziplinärer sektorenübergreifender Maßnahmen in den Versorgungsnetzwerken soll durch sie unterstützt werden, insbesondere bei chronisch seltenen Erkrankungen wie den NME.			

			<p>Aufgrund des Patientenrechts auf freie Arztwahl sowie der nicht flächendeckenden Verfügbarkeit dürfen Kooperationen mit spezialisierten Ärzten nicht verpflichtend sein.</p> <p>Bestehende speziell auf einzelne Erkrankungen ausgerichtete Netzwerkstrukturen (beispielsweise zertifizierte Neuromuskuläre Zentren der DGM, SPZ, ALS-Ambulanzen, MZEB) gilt es telemedizinisch auszubauen, um sie möglichst vielen Versicherten zugänglich zu machen. Die Krankenkasse unterstützt Versorgungsnetzwerke und ihre personelle und finanzielle Stärkung. Bereits in der Versorgung etablierte Kooperationen sollen fortgeführt werden, bestehende Ressourcen sind zu nutzen und auszubauen.</p>			
§ 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 medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre und sektorenübergrei-</p>	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				fende 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			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen	PatV: ¹ Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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. 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>diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung 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.			Zu §3 Abs. 5 bzw. 6 möchten wir anmerken: Derzeit ist eine wohnortnahe Versorgung mit geeigneten Ärzten/Einrichtungen zur Überprüfung bei neuromuskulären Patienten nicht gegeben. Zur praktischen Umsetzung der Verordnung und zur Verminderung der Belastung der Patienten durch weite Anfahrten bitten wir, an geeigneter Stelle für eine Verbesserung einzutreten.			

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.

			AOK Bayern		
			20.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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: /Pflegerkräfte		
			Der Zusatz ist abzulehnen.		Die Leistung ist durch gesondert qualifizierte Pflegefachkräfte zu erbringen. Deshalb kann eine Delegation – insb. dieser Leistung – nicht an Pflegekräfte delegiert

				<p>werden (auch wenn Satz 3 medizinischer Behandlungspflege allgemein definiert)</p> <p>Im Übrigen würde ein Abschwächen auf Pflegekräfte (auch nur an dieser Stelle) die Philosophie des Gesetzes durchbrechen, wonach diesem Personenkreis nur gesondert qualifiziertes Personal in der Versorgung begegnen kann/ darf.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
			<p>Dem Zusatz ist zuzustimmen</p>	<p>Dieser Patientenkreis bedarf einer besonderen Leistung, die neu nur durch besonders qualifizierte Ärzte verordnet werden darf. In der Konsequenz müssen auch die versorgenden Pflegefachkräfte hierfür besonders qualifiziert sein.</p>
§ 1	Absatz 2			<p>Ggf. redaktionelle Anpassung in Abhängigkeit von der Diskussion</p>
§ 1	Absatz 3		<p>Satz 3: Die Versorgung durch An-/Zugehörige ist einzufordern.</p>	<p>Es ist eine Analogie zu § 37 Abs. 3 notwendig.</p>
§ 1	Absatz 4			

§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass <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). 	
			Satz 4 ist im Sinne einer Konkretisierung notwendig	Die Konkretisierung ist notwendig, obwohl auch hier noch Ausweichstrategien zum Erlangen von Leistungen möglich sind und damit wichtige Ressourcen (insb. der notwendigen Pflegefachkräfte) unnötigerweise binden.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			Die Forderung „soll“ der PatV ist abzulehnen.	Ansonsten käme es zu einer Doppelfinanzierung von Leistungen der AKI und Krankenhausleistungen
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und		DKG zusätzlich: (7) Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem 01.01.2023 verordnet.	

	Abs. 8		<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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
			<p>Abs. 7 und 8 sind abzulehnen</p>	<p>Die Ausführungen sind nicht stimmig mit den gesetzlich formulierten Daten und dem Inkrafttreten der sonstigen Erweiterungen (s. Artikel 5 Abs. 2). Das Inkrafttreten ist erst möglich, wenn alle hierfür notwendigen Hausaufgaben/ Vorarbeiten erledigt sind.</p> <p>Wenn zeitiger auf der Basis dieser RL verordnet werden würde, könnte das wohl eine gewünschte Qualitätsverbesserung mit sich bringen. Allerdings entsteht mit einer Übergangsregelung bzgl. der Leistungserbringerqualifikationen eine Unwucht, die u.U. nicht mehr einzufangen ist.</p> <p>s. Anmerkung am Ende der Stellungnahme</p>
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3			

§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			<p>Die Formulierung der DKG ist abzulehnen. Der Formulierung des GKV-SV, KBV, PatV ist zuzustimmen.</p>	<p>Die Formulierung erfasst den aktuellen Prozess sowie die perspektivische Betrachtung der Potenziale.</p>		
§ 2	Absatz 4					

§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fäl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>len 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

				bestimmt werden können.				
			Die Formulierung wird abgelehnt	Diese Formulierung wird befürwortet	Die Formulierung wird abgelehnt.	<p>Es fehlt der Bezug zur täglich notwendigen Intervention und entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers.</p> <p>Damit würde ein neuer – sehr viel weitergehende – Personenkreis angesprochen (z.B. Schwerstpflegebedürftige oder Patienten</p>	Die Formulierung entspricht der Formulierung der Nr. 24 der HKP-RL und folgt damit der Intention des Gesetzgebers. „In Anbetracht des Fachkräftemangels im Pflegebereich bezweckt die Neuregelung auch eine sachgerechte Allokation vorhandener Ressourcen, um nicht zuletzt die bes. aufwändige Versorgung ... des Versicherten weiterhin ermöglichen zu können, ohne die Versorgung anderer	Hier ist wohl der Bezug zur täglichen Intervention zu finden; allerdings wird mit der Formulierung „sein kann“ die Definition dermaßen ausgedehnt, dass der anspruchsberechtigte Personenkreis über die Maßen ausgeweitet wird. Dies entspricht zum einen nicht der Intention des Gesetzgebers und würde zudem Ressourcen (Finanzen und Pflegefachkräfte) binden und stellenweise zweckentfremden.

						mit Herzerkrankungen).	Versicherter zu gefährden.“	Dem Personenkreis, der im Fokus der Gesetzgebung stand, würde keine qualitative Verbesserung zukommen.
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich wei-	PatV: (3) ¹ 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 un-	GKV-SV, KBV		PatV	

			<p>tere 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>verzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
			<p>Dieser Formulierung wird zugestimmt</p>	<p>Die Formulierung wird abgelehnt</p>	<p>Die Beschreibung unterstützt und beschreibt die Notwendigkeit, dass entsprechende Patienten permanent ärztlich begleitet und beobachtet werden müssen, damit sie nicht im Status quo verharren, obwohl Verbesserungen möglich sind, sich aber niemand –</p>	<p>Diese Formulierung enthält keine Verbindlichkeit.</p>

					im Leistungserbringerbereich - verantwortlich fühlt. Satz 3 beschreibt den Ausnahmetatbestand, der allerdings nur vorübergehend greifen kann/ darf.	
§ 3	Absatz 3 bzw. 4				Für Versicherte, die sich nicht mehr äußern können, ist die Einbindung eines Ethikvotums notwendig/ zielführend.	
§ 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.			
			Der Zusatz der PatV ist abzulehnen.	Zum einen ist die bisher fehlende/ unzureichende persönliche Untersuchung durch den Arzt Anlass für die gesetzliche Veränderung gewesen. Damit soll verhindert werden, dass lediglich Verordnungen vom Arzt „abgeholt“ und weitergereicht werden. Zum anderen kann der Arzt seiner neuen Verantwortung im Gesamtprozess nicht nachkommen, wenn er seine Entscheidungen/ seine Aktivitäten auf Informationen Dritter aufbaut.		
§ 3	Absatz 5 bzw. 6				Telemedizinische Unterstützung wird sehr wohl als hilfreich zielführend erachtet. Es muss jedoch allen Beteiligten klar sein, dass Telemedizin nicht ausschließlich	

					zur Anwendung bzw. zur Erstdiagnostik zur Anwendung kommen darf.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
			Der Formulierung wird zu- gestimmt	Die Formulierung wird abgelehnt	Formulierung ist klarer	Formulierung ist zu weich
§ 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 Zusatz ist wichtig und wird daher begrüßt.	Im Rahmen der Versorgung ergeben sich – fallbezogen – immer wieder Veränderungen und Möglichkeiten, die aufgegriffen werden müssen. Es muss allen Beteiligten daran gelegen sein, diese Möglichkeiten zu erkennen, aufzugreifen und zu nutzen. Dies vor dem Hintergrund, dass individuelle Schicksale verhindert sowie Lebensqualität einzelner sowie derer Familien gehoben werden. Darüber hinaus muss es in der gesellschaftspoliti- schen Verantwortung jedes Beteiligten verankert sein, Potenziale zu heben, Krankheiten zu lindern und unnö- tige „Dauer-Krankheitszustände“ zu verhindern. Dies kann unser System ressourcentechnisch (monetär so- wie mit Blick auf die Pflegefachlichkeit) nicht leisten. Zudem würde damit den Personen/ Versicherten, die auf diese Hilfen/ Ressourcen angewiesen sind, Möglich- keiten genommen.		

§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>	
			<p>Der Zusatz der PatV ist abzulehnen.</p>	<p>Satz 10: Hier gelten die Ausführungen zu Satz 5 analog. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ergeben sich in engen Zeitfenstern viele Veränderungen/ Entwicklungen/ Potentiale, die engmaschig begleitet werden (müssen). Ansonsten läuft man Gefahr, dass diese junge Patientengruppe in einem „kranken Zustand“ belassen wird; die Patientengruppe wird einer möglichen zukünftig besseren Lebensqualität beraubt.</p> <p>Satz 11: Dieser Satz ist an dieser Stelle falsch zugeordnet. Zum einen wird dieser zunächst im Zusammenhang mit der Kinder-/ Jugendversorgung gelesen. Dies ist jedoch falsch. Vielmehr würde die Formulierung für alle Altersgruppen gelten. Zudem ist unverständlich, weshalb nur der Facharzt, der die letzte Erhebung durchgeführt hat, „einseitig“ die weitergehende Festlegung trifft. U.E. widerspricht diese</p>

					Formulierung an dieser Stelle der neu definierten ärztlichen Verantwortung für den Gesamtprozess.			
§ 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		
			Die Formulierung ist abzulehnen.	Der Formulierung ist zuzustimmen.	Es fehlt die Verbindlichkeit	Verbindlichkeit ist gegeben.		
			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		
				Dem Zusatz wird zugestimmt				
			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	KBV, GKV-SV, PatV	DKG		

			Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
		Der Formulierung wird zugestimmt	Die Formulierung wird abgelehnt	Die prognostische Betrachtung der Grund-/ Begleiterkrankung ist wichtig für die „Planung“ der weiteren Versorgung	Die Feststellung alleine ist nicht ausreichend.
KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten					
		Der Ergänzung wird zugestimmt.			
KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens					
		Der Ergänzung wird zugestimmt			Es muss jedoch klar sein, dass die Feststellung und weitergehende Betrachtung des Therapie-/ Behandlungsplanes nicht mit der Ermittlung enden darf. Vielmehr ist von Bedeutung, welche Beweggründe dem Patientenwillen zugrunde liegen (insb. wenn ein medizinisches Potenzial gegeben ist). Sofern ein Patient ggf. „eine Pause vom Klinikalltag“ benötigt, muss die Frage – ggf. zu einem späteren Zeitpunkt oder auf der Basis weitergehender Initiativen - erneut aufgegriffen werden. Alleine die Tatsache „ich mag nicht mehr“ i.V.m. einem vorliegenden medizinischen Potenzial kann nicht dazu führen, dass sich der Therapieplan dahingehend ausrichtet.

		KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
		Der Ergänzung wird zugestimmt		Insbesondere bei Situationen, die lebensbeendend sind, muss diese Möglichkeit eröffnet werden. Ein Patient/ Versicherter muss auch sterben dürfen.	
		KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
		Der Ergänzung wird zugestimmt			
		PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
		Die Ergänzung wird abgelehnt	Der Ergänzung wird zugestimmt	Die Ergänzung ist sehr allgemein, bietet keinen Inhalt und ist damit entbehrlich	Die geeigneten Verfahren müssten jedoch – ggf. an anderer Stelle – benannt/ beschrieben werden. Oder sind diese als allg. bekannt voraussetzen?
		KBV, GKV-SV, PatV: 10. Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials unter ...			
		Der Ergänzung wird zugestimmt			
§ 3	Absatz 7 bzw. 8				

§ 3	Abs. 7 bzw. 8		<p>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).</p>			
			Der Absatz wird abgelehnt		Dieser Absatz darf nicht aufgenommen werden, da mit dem Bezug auf die OPS der Personenkreis eingeschränkt wird. Die OPS haben nämlich keine Gültigkeit für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Ebenso finden die OPS keine Anwendung auf Patienten, die ausschließlich eine NIV-Versorgung haben.	
§ 3	Absatz 8 bzw. 9					
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] einbezogen werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen</p>	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:
			Die Formulierung ist abzulehnen.	Der Formulierung ist zuzustimmen.	Es fehlt die Verbindlichkeit.	Verbindlichkeit ist gegeben.
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren</p>	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			(z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])			
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			Die Formulierung ist abzulehnen.	Der Formulierung ist zuzustimmen.		Es muss jedoch klar sein, dass die Feststellung und weitergehende Betrachtung des Therapie-/ Behandlungsplanes nicht mit der Ermittlung enden darf. Vielmehr ist von Bedeutung, welche Beweggründe dem Patientenwillen zugrunde liegen (insb. wenn ein

						<p>medizinisches Potenzial gegeben ist). Sofern ein Patient ggf. „eine Pause vom Klinikalltag“ benötigt, muss die Frage – ggf. zu einem späteren Zeitpunkt oder auf der Basis weitergehender Initiativen - erneut aufgegriffen werden. Alleine die Tatsache „ich mag nicht mehr“ i.V.m. einem vorliegenden medizinischen Potenzial kann nicht dazu führen, dass sich der Therapieplan dahingehend ausrichtet. Insbesondere bei Situationen, die lebensbeendend sind, muss diese</p>
--	--	--	--	--	--	---

					Möglichkeit eröffnet werden. Ein Patient/ Versicherter muss auch sterben dürfen. (Stichwort: Ethikgespräch)
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität		
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität		
			Dem Zusatz ist zuzustimmen		
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren		
			Dem Zusatz ist zuzustimmen	Die Verfahren müssten jedoch noch beschrieben werden, um eine Einheitlichkeit sicherzustellen. Oder sind entsprechende Verfahren in der Fachlichkeit als bekannt vorauszusetzen?	
§ 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.		
			Der Formulierung ist zuzustimmen.		
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte					

§ 4	Absatz 1				Achtung: Der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement muss kurzfristig – i.S. der Gesetzesbegründung – nachjustiert werden. Ansonsten sind VO aus dem Krankenhaus nicht möglich. Krankenhausärzte sind keine Vertragsärzte.	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
			Die Formulierung ist abzulehnen.	Der Formulierung ist zuzustimmen.	Damit wird dem Anspruch an besonders qualifizierte Ärzte begegnet.	

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Der Zusatz ist abzulehnen.		Meist liegen bei den Versicherten komplexe neurologische bzw. internistische Grunderkrankungen vor, weniger HNO-Erkrankungen.	
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ul style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.		
			Die Formulierung ist abzulehnen.	Der Formulierung ist zuzustimmen.	Die Formulierung bildet eher den aktuellen Status quo ab und widerspricht der Intention des Gesetzgebers.	Die Formulierung unterstützt die Intention des Gesetzgebers, diese Patienten in die Obhut besonders qualifizierter Ärzte zu geben.
§ 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.			
			Der Formulierung ist zuzustimmen.	Die Information ist unbedingt notwendig, da ansonsten in der Praxis nicht bewertet werden kann, ob die VO tatsächlich vom richtigen i.S. besonders qualifizierten Arzt ausgestellt wurde.		

				Allerdings muss die Information zu diesen Ärzten zeitnah von der KV zur Verfügung gestellt werden.
§ 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>	
			Nr. 2 ist aus der Liste zu nehmen.	<p>Wichtig ist für die Umsetzung die Information, welcher Arzt denn auch die entsprechende Qualifikation mitbringt.</p> <p>Hier sollte nochmals ein Abgleich mit der Liste der in der Gesetzesbegründung genannten Ärzte vorgenommen werden.</p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		

§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Kon- sil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
			Der Zusatz ist abzulehnen.		Telemedizin kann bei dieser Klientel nur als unterstüt- zende Maßnahme bedingt eingebracht werden.	
§ 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,			
			Der Zusatz ist abzulehnen.			
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
			Der Zusatz ist abzulehnen.			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätig- keit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungs- entwöhnung von langzeit- beatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungs- entwöhnungs-Einheit	KBV, DKG, PatV: Fachärz- tinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monati- ger Erfahrung in der pro- longierten Beatmungs- entwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöh- nung von langzeitbeat- meten Versicherten spe- zialisierten Beatmungs- entwöhnungs-Einheit [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			Der Formulierung ist zuzustimmen	Die Formulierung ist abzulehnen.	Die Berufserfahrung wäre zu konkretisieren auf 3 Jahre innerhalb der letzten 5 Jahre. Zudem sind – wie bereits ausgeführt – die Ärzte zu benennen, die in stationären Einrichtungen usw arbeiten. Die Zustimmung erfolgt zudem mit der Maßgabe, dass ein flächendeckendes Potenzial an entsprechenden Ärzten vorhanden ist.	
			<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. 			
			Der Zusatz ist grds. zu streichen. Allenfalls Buchstabe B könnte übernommen werden.			
§ 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</p>			

			richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
			Der Absatz wird abgelehnt	Dieser Absatz darf nicht aufgenommen werden, da mit dem Bezug auf die OPS der Personenkreis eingeschränkt wird. Die OPS haben nämlich keine Gültigkeit für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Ebenso finden die OPS keine Anwendung auf Patienten, die ausschließlich eine NIV-Versorgung haben.		
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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. ² Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder	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.	PatV, GKV-SV	KBV

			dem Vertragsarzt enthalten.			
			Bedingte Zustimmung	Die Formulierung ist abzulehnen.	Es ist auf alle Fälle eine Liste mit den entsprechenden Ärzten notwendig. Allerdings ist die Frage, ob dies durch die KBV oder die jeweiligen KVen erstellt werden muss. Mit Blick auf die Notwendigkeit, die Informationen zeitnah zur Verfügung zu stellen, genügt ein Update 1x/ Quartal nicht. Die Liste muss grds. taggenau bzw. mindestens wöchentlich aktualisiert werden. In § 4 Abs. 1 wird auf die KV verwiesen; dort sollte auch die Liste zeitnah zur Verfügung gestellt werden.	
§ 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.	
			Dem Zusatz ist zuzustimmen.	Dies ist bei der Bearbeitung des VO-Musters zu berücksichtigen (keine Zusatzunterschriften von weiteren Beteiligten)
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Die Formulierung ist abzulehnen.	Der Hinweis auf das jew. Potenzial ist zu allgemein.
			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	
			Der Formulierung ist zuzustimmen	Die Formulierung ist detaillierter und umfassender auch mit Blick auf die weitergehende Versorgung
§ 5	Absatz 2			
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Der Formulierung wird zugestimmt.	
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
			GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	

§ 5	Abs. 5	Satz 1	Dem Zusatz wird zugestimmt.	Damit wird die Grundlage für ein einheitliches Verfahren/ einheitliche Bewertung geschaffen.
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	Welche Konsequenz würde die Formulierung nach sich ziehen, wenn unterschiedliche Verträge mit unterschiedlichen Konfliktmechanismen existieren?
			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)	Welche Konsequenz würde die Formulierung nach sich ziehen, wenn unterschiedliche Verträge mit unterschiedlichen Konfliktmechanismen existieren?
§ 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 Zusatz ist abzulehnen.		Die VO-Dauer wäre hier eindeutig zu lange. Insbesondere bei Kindern/ Jugendlichen kann sich die Entwicklung sehr schnell verändern.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Der Formulierung ist zuzustimmen.		Die Forderung geht einher mit der Intention des Gesetzgebers, die Versorgung der entsprechenden Versicherten qualitativ zu verbessern/ zu stabilisieren. Dazu gehören neben der pflegfachlichen Ressource durchaus auch die Verhältnisse am Versorgungsort (Stichwort: z.B. Schimmel in der Wohnung, Gefährdungspotenzial für die Versicherten aber auch das Pflegepersonal)	
			KBV, PatV: hat soll			

§ 6	Abs. 2	Satz 3	„hat“ hat zu bleiben	Eine „weiche“ Formulierung widerspricht der Intention des Gesetzgebers zur Sicherung und Sicherstellung der entsprechenden Versorgung
§ 6	Absatz 3			Die Formulierung ist von 3 auf 14 Tage zu korrigieren. Die Zeit wird benötigt, um auch seitens der Krankenkasse adäquat und sachgerecht mit der Verordnung und dem damit einhergehenden Aufwand für die Prüfung und auch Sicherstellung der Versorgung umzugehen.
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 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.	
			Dem Zusatz ist zuzustimmen.	Damit soll sichergestellt werden, dass alle – zumindest zu diesem Zeitpunkt vorhandenen – Potenziale ausgeschöpft werden. Damit soll verhindert werden, dass Patienten – mit Potenzial – in ein anderes Versorgungssetting entlassen und ggf. vergessen werden.

					Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass alle Möglichkeiten genutzt werden und weitergehende kosten- und ressourcenintensive (vermeidbare) Versorgung tatsächlich vermieden werden. Außerdem schafft es Lebensqualität für die Betroffenen und deren Angehörigen.	
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			Der Formulierung ist zuzustimmen.	Die Formulierung ist abzulehnen.	Die Formulierung ist sehr wichtig. Damit kann sichergestellt werden, dass die nachfolgende Versorgung unter medizinischen und pflegfachlichen Gesichtspunkten gewählt wird. Die Wahl des nachfolgenden Settings aufgrund von monetären Erwägungen oder aufgrund von einseitigen Beratungsaktivitäten verhindert nämlich häufig positive gesundheitliche Entwicklungen.	Die Formulierung ist zu allgemein gehalten und lässt die gemeinsame Verbindlichkeit vermissen.
§ 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 §	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	GKV-SV, KBV	DKG

			132I Absatz 5 SGB V bestehen.	§ 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		
			Der Formulierung ist zuzustimmen.	Die Formulierung ist abzulehnen.	Die Formulierung ist sehr wichtig. Damit kann auch an dieser Stelle sichergestellt werden, dass die nachfolgende Versorgung unter medizinischen und pflegfachlichen Gesichtspunkten und vor allem bei einem qualitativ geeigneten (vertraglich gebundenen) Vertragspartner, der auch den entsprechenden Versorgungsauftrag erfüllen kann, gewählt wird. Die Wahl des nachfolgenden Settings hat vorher auf der Basis der medizinischen Ausgangslage des Versicherten zu erfolgen. Damit sollte es häufiger möglich sein, noch vorhandene Potenziale zu heben	Die Formulierung ist zu allgemein gehalten und lässt die gemeinsame Verbindlichkeit vermissen.

					oder adäquate Versorgungssettings zu finden.	
§ 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.			
			Die Formulierung findet Zustimmung			
§ 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.			
			Der Zusatz ist unschädlich, findet sich thematisch in Absatz 4			
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			voraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
			Die Formulierung ist abzulehnen.	Der Formulierung ist zuzustimmen.	„Im Wesentlichen“ verwässert die Aussage	Diese Formulierung enthält klare Aussagen.
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Die Formulierung ist nicht notwendig			
§ 7	Absatz 6					
§ 7	Absatz 7					
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 8	Absatz 1					
§ 8	Absatz 2					
§ 8	Absatz 3				In Abs 3 ist eine Konkretisierung notwendig: Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt nach § 4 verordneten und	

					<p>vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der in den Verträgen nach § 132I Absatz 5 SGB V vereinbarten Vergütung, wenn die vollständige Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V. Die Genehmigungsfiktion tritt nicht ein, wenn die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 3 Satz 1 nicht vorliegen.</p> <p>Konkretisierung für die Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung notwendig.</p> <p>Eine Konkretisierung bzw. eine Anpassung ist mit Blick auf die hierzu ergangene Rechtsprechung notwendig.</p>	
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			Ablehnung	Zustimmung		
§ 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,	
			Der Zusatz ist abzulehnen.	Damit wird der anspruchsberechtigte Personenkreis erweitert, das ist nicht die Intention des Gesetzgebers.
§ 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.	
			Der Zusatz ist abzulehnen.	Hier geht es um Grundpflegeleistungen.
§ 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			

§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG</p>	<p>PatV</p>
-----	--------	----------	---	---	--------------------------------	--------------------

				von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
			Der Formulierung ist zuzustimmen.	Die Formulierung ist abzulehnen.	In Anlehnung an § 37 Abs. 3 wird hier die Rückzugspflege eingefordert.	Der Aspekt der Rückzugspflege wird nur „gestreift“. Eine Verbindlichkeit erwächst daraus nicht.
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

			und sektorenübergreifende Koordination einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
			Diese Formulierung ist unbedingt einzubringen.	In den verschiedenen §§ wird immer wieder der Arzt mit seinen Aufgaben geschildert. Welche zentrale Rolle ihm in der Gesamtverantwortung jedoch zukommt, ist nirgends so kompakt beschrieben wie an dieser Stelle.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung		
			Der Zusatz ist abzulehnen.	Das lässt sich in der Praxis nicht umsetzen.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen		
			Der Zusatz ist abzulehnen.	Das lässt sich in der Praxis nicht umsetzen.	

§ 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
			Die Formulierung ist abzulehnen.	Der Formulierung ist zuzustimmen.	Die Formulierung schafft keine Verbindlichkeit, die hier – wenn sich Veränderungen einstellen sollen – notwendig ist.	Die Formulierung schafft Verbindlichkeit, die hier – wenn sich Veränderungen einstellen sollen – notwendig ist.
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Dieser Zusatz ist wichtig.	Nur so kann sichergestellt werden, dass auch etablierte Versorgungsformen die Veränderung in Richtung „neues Anforderungsprofil“ mitgehen.		
§ 10	Absatz 2 bzw. 3				Versorgungskontinuität im Sinne der Transition bei Beendigung der Versorgung!	
§ 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 verord-	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			nende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
			Der Formulierung ist zuzustimmen	Die Formulierung ist abzulehnen.	Die Informationspflicht ist zu hinterlegen; ansonsten verfehlt der Koordinationsprozess des Arztes seine Zielsetzung und die Verbindlichkeit für alle	
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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	PatV: ¹ 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.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>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>		
			<p>Der Formulierung ist zuzustimmen</p>	<p>Die Formulierung ist abzulehnen.</p>	<p>Die Rückzugspflege ist ein wichtiger Bestandteil in der Versorgung. Sie ist dahingehend auch an anderer Stelle bereits hinterlegt. Im Sinne der Gesamtkoordination muss der Arzt über entsprechende Aktivitäten unterrichtet sein und evtl. Versorgungswidrigkeiten entgegenwirken. Insofern gehen wir davon aus, dass die</p>	<p>Die Formulierung enthält keine Verbindlichkeit.</p>

					Ärzte verantwortungsvoll diesen Aspekt betrachten, bewerten und unterstützen.	
§ 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
			Die Formulierung ist abzulehnen.	Der Formulierung ist zuzustimmen.	Die Formulierung enthält keine Frequenz.	Die Formulierung enthält regelmäßig als Frequenz;
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:
			Zustimmung	Ablehnung	Für eine einheitliche bzw. nach einheitlichen Maßstäben ausgerichtete Versorgung muss es einen einheitlichen Plan geben.	

Sonstiges

Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.

Ergänzung zum Behandlungsplan:

Bzgl. des nächsten Termins für die weitergehende Behandlung in einer Einrichtung ist zwar ein Hinweis auf dem neuen VO-Muster enthalten. Nichtsdestotrotz sollte hier auch noch ein Mitbestimmungsrecht der Krankenkassen einfließen, in welche geeignete Klinik/ Einrichtung eingewiesen wird. Dies soll insb. vor dem Hintergrund der qualitätsorientierten Versorgung geschehen. Auf diesem Weg können z.B. auch Wege zu (dafür geeigneten) Kliniken – u.U. auch mit Qualitätsvertrag geebnet werden.

Zum Inkrafttreten der Regelung zur Übergangsfrist:

Bzgl. des Inkrafttretens der RL, der Rahmenvereinbarung gem. § 132I SGB V sowie der Leistung § 37c SGB V gibt es grds. Daten. Ungeachtet dessen muss an dieser Stelle eine Konkretisierung vorgenommen werden, da mit dem Inkrafttreten der RL diese grds. auch anzuwenden ist. Allerdings können die in diesem Zusammenhang notwendigen weiteren „Hausaufgaben“ unmöglich schon erledigt sein. Insofern ist eine juristisch haltbare Lösung notwendig, die aufwendige oder unüberschaubare Übergangsregelungen entbehrlich macht.



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.

			Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.	
			18.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ 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	
			DIGAB: /Pflegekräfte	
§ 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.	

			DIGAB: ⁵ Geeignet sind Pflegefachkräfte/Pflegekräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.	
§ 1	Absatz 1 Satz 6/7		DIGAB zusätzlich: Hierbei verwaltet der Mensch mit Behinderung selbstverantwortlich dieses Budget und hat die Möglichkeit, Assistenzkräfte einzustellen und auf seine spezifischen Bedürfnisse anzulernen. Diese im Rahmen des persönlichen Budgets eingestellten und speziell angelernten Assistenzkräfte können sowohl Pflege- als auch Laienkräfte sein, äquivalent zu der Ausbildung von An- und Zugehörigen, im Rahmen der Rückzugpflege.	
§ 1	Absatz 2		DIGAB: gemäß § 4	
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4			
§ 1	Abs. 4	Satz 1 Punkt 5.	DIGAB: „sonst an einem geeigneten Ort“ ersetzen durch „an sonstigen Orten, die von dem Versicherten aufgesucht werden, z.B. betreute Wohnformen, Schulen, Kindertagesstätten, Werkstätten für Menschen mit Behinde-	

			<p>rungen, aber auch Orte, die im Rahmen einer Partizipation am gesellschaftlichen Leben und zum Erhalt bzw. Erlangen einer möglichst guten Lebensqualität erforderlich sind. Hierzu zählen beispielsweise auch Kinobesuche, Ausflüge in die Natur, Restaurant- oder Konzertbesuche usw. Die Aufenthalte können wiederkehrend oder einmalig sein.</p>
			<p>Bei den Versicherten Menschen besteht eine 24-stündige Aufsichts- und Interventionspflicht, die an allen möglichen Orten gewährleistet werden muss. Insofern muss vom Versicherten, in Absprache mit dem Leistungserbringer, entschieden werden, welche Orte aufgesucht werden können, an denen dann auch die medizinische Versorgung adäquat gesichert ist. Im Rahmen der medizintechnischen Entwicklung ist eine Versorgung nur in „geeigneten räumlichen Verhältnissen“ nicht mehr zeitgemäß. In vielen Fällen ist eine individuelle Versorgung an beliebigen Orten des gesellschaftlichen Lebens möglich und sollte im Sinne des Art. 19 der UN-BRK über die „Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ ermöglicht werden. Eine entsprechende Teilhabefähigkeit und Selbstbestimmtheit sollte Voraussetzung sein.</p>
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5		PatV: kann soll

		Satz 1/ Satz 2	<p>¹Außerklinische Intensivpflege kann für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationäquivalenten psychiatrischen Behandlung in der Regel nicht verordnet werden.</p> <p>² Ausnahmen sind bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen nach §1 (3) Satz 2 und Erwachsenen möglich, die schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen für die pflegerische Versorgung aufweisen, wenn eine Begleitung durch vertraute Personen, die zur individuellen bedarfsgerechten Versorgung angeleitet wurden, aus medizinischen Gründen zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit erforderlich ist und diese Begleitung von Angehörigen nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann.</p> <p>³Auch 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 außerklinische Intensivpflege mit Ausnahme von Fällen nach Satz 3 nicht verordnet werden. ⁴Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen. § 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.</p>	
--	--	---------------------------	---	--

§ 1	Absatz 6		
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege			
§ 2	Absatz 1		
§ 2	Absatz 2 Punkt 3.	<p>DIGAB: Die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und den sich daraus ergebenden Symptomen zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes mit dem Ziel, die für den Versicherten höchstmögliche Lebensqualität und Teilhabe zu erlangen.</p> <p>Besteht oder ergibt sich im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 bei beatmeten oder trachealka-</p>	

		<p>nülierten 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 Optimierung und Erhaltung des Versorgungslevels im Sinne einer bestmöglichen Lebensqualität.</p>				
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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,</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ^{ese1}Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.	zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ² Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.				
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen	PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei de-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 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</p>	<p>wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 bei lebensbedrohli-</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

			<p>Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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.</p>	<p>chen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
			<p>DIGAB:</p> <p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen</p>					

			lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen, insbesondere der Atmung, 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 bei					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.					
§ 3	Absatz 2		(2) DIGAB zusätzlich: Auch bei nicht-invasiv beatmeten Versicherten kann ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege bestehen, sofern sie abhängig, permanent oder nahezu permanent beatmet werden, sie sich aufgrund neuromuskulärer Einschränkungen nicht selbstständig helfen können und eine muskuläre Husteninsuffizienz besteht, die unvorhergesehen zu einer akuten vitalen Bedrohung durch eine Sekretverlegung führen kann. Diese kleine Gruppe an nicht invasiv beatmeten Versicherten bezieht sich im Wesentlichen auf neuromuskuläre Erkrankungen oder Motoneuronerkrankungen.					
§ 3	Absatz 3							

§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	---	--	-------------	------

			<p>Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>			
			<p>DIGAB:</p> <p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>			

			<p>stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.³Sind kurzfristig keine Kapazitäten in einer der vorgenannten Einrichtungen verfügbar, sollte der oder die Versicherte in einer solchen Einrichtung angebunden werden. Die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung ist solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>			
§ 3	Absatz 3 bzw. 4	<p>DIGAB:</p> <p>Bei Bedarf, insbesondere bei Vorliegen einer infausten Prognose, und wenn eine kurative Therapie nicht mehr möglich ist, kann auf Wunsch oder im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt palliativmedizinische Fachkompetenz einbezogen werden.</p>				

§ 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		<p>DIGAB:</p> <p>¹Vor jeder Verordnung werden bei beatmeten, trachealkanülierten Versicherten oder unter §3 Absatz 2 genannten Fällen mit nicht-invasiver Beatmung im ersten Schritt Potenzial und Maßnahmen zu einer individuellen Therapieoptimierung erhoben, in den Verlaufsuntersuchungen deren Umsetzung festgestellt und die Ergebnisse dokumentiert.</p> <p>Im zweiten Schritt wird geprüft, ob in Anbetracht der zugrundeliegenden Erkrankung bzw. Erkrankungskonstellation das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) besteht. Die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen werden individuell erhoben und dokumentiert ²Dies umfasst auch die Prüfung des Potenzials und des individuellen sowie versorgungstechnischen Vorteils einer Umstellung auf eine nicht-</p>	

			<p>invasive Beatmung. ⁴Die Erhebung nach Satz 1 darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein. ⁵ oder ⁶Insbesondere wird auch die Therapieadhärenz beurteilt und bei festgestelltem Potenzial die Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungsstrategie festgelegt und ggf. angepasst. ⁶ oder ⁷Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt wirkt auf die Umsetzung der dokumentierten Maßnahmen hin. ⁷ oder ⁸Die Erhebung nach Satz 1 kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. ⁸ oder ⁹Mindestens einmal jährlich muss diese jedoch unmittelbar persönlich erfolgen.</p> <p>Bei Versicherten ohne Weaning- oder Dekanülierungspotential sind die Gründe dafür initial zu dokumentieren. ¹¹Die Fachärztinnen und Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4], die die Erhebung nach Satz 1 zuletzt durchgeführt haben, legen bei diesen Versicherten im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll. Eine Vorstellung sollte aber mindestens im Abstand von einem Jahr erfolgen.</p>			
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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.					
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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					
			DIGAB: 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
			<p>DIGAB:</p> <p>Schmerzstatus, Dyspnoescore</p> <p>Vor 2.: Schluckdiagnostik, Aspirationsbeurteilung, Beurteilung der Dekanülierungsfähigkeit (u.a. auch Vorliegen einer Trachealstenose, Stimmritzenparese)</p> <p>Nach 2.: Dauer der Spontanatemfähigkeit mit Feststellung der Abbruchkriterien</p> <p>Zusätzlich zu 4.: Spontane/maschinelle Atemfrequenz Zusätzlich: Bewußtseinsstatus, kognitive Fähigkeit zur Mitarbeit</p>		<p>DIGAB:</p> <p>Sedierungsscores sind bei außerklinisch beatmeten Versicherten überflüssig, da diese nicht sediert werden.</p>	

			Zusätzlich: Hustenstoß, Sekretstatus, erforderliches Sekretmanagement, Mitarbeitsfähigkeit.			
			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
			DIGAB: 6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der Erkrankung, die zur Beatmung geführt hat; Festlegung der weiteren Strategie anhand der erhobenen Befunde bzgl. Stabilisierung, Verbes-			

			serung der Spontanatmungsfähigkeit und Therapieoptimierung. Diesbezüglich ist eine enge Absprache mit den Heilmittelerbringern (insbesondere Logopädie) notwendig.			
			KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten			
			DIGAB schließt sich an			
			KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens			
			DIGAB schließt sich an			
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			DIGAB schließt sich an			
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			DIGAB schließt sich an			
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			DIGAB schließt sich an			
§ 3	Absatz 7 bzw. 8					

§ 3	Abs. 7 bzw. 8		<p>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).</p>			
§ 3	Absatz 8 bzw. 9					
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] einbezogen werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen</p>	<p>PatV</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG:</p>
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])</p>	<p>PatV, DKG</p>	<p>KBV, GKV-SV</p>
				<p>DIGAB:</p>		

			<p>3. Standardisiertes Aspirationscreening</p> <p>4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]) mit Erhebung des logopädischen Status sowie Befunderhebung ohne Trachealkanüle, bezogen auf das Vorliegen einer Trachealstenose, Stimmritzenparese oder eines anderen Hinderungsgrundes einer Dekanülierung.</p>		
		<p>DKG:</p> <p>5. Fähigkeit zur Mitarbeit</p> <p>6. Patientenwillen</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV:</p> <p>6. Adhärenz</p> <p>7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			DIGAB schließt sich an		
KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität					

			<p>DIGAB zu 7. Bewusstseinsstatus, kognitive Fähigkeit zur Mitarbeit</p> <p>Zu 8. Überflüssig, da die Versicherten durchgehend spontan atmen</p>	
			<p>KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität</p>	
			<p>DIGAB schließt sich an</p>	
			<p>GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren</p>	
			<p>DIGAB schließt sich an</p>	
§ 3	Abs. 8 oder 9	Satz 2	<p>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.</p>	
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte				
§ 4	Absatz 1		<p>DIGAB:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für Innere Medizin und Pneumologie 2. 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>Begründung:</p> <p>Die Betreuung von Patienten mit außerklinischer Beatmung ist Teil der Aus- und Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie.</p> <p>Nach der Auswertung des Weaningregisters der Weaningzentren der DGP mit 6899 Patienten durch die WeaNet Studygroup 2016 haben die Patienten mit Pro-</p>

			<p>longiertem Weaning im Durchschnitt 5 schwerwiegende internistische Erkrankungen, die, v.a. im Zusammenhang mit dem Ziel einer erfolgreichen Respiratorentwöhnung, optimal behandelt werden müssen. Das bedeutet, dass fundierte Kenntnisse durch ausreichende Behandlungserfahrung zur Betreuung dieser Patienten Voraussetzung sein müssen. Daneben müssen ausreichende Erfahrungen in der Langzeitbetreuung außerklinisch invasiv beatmeter Patienten vorliegen. Diese Kenntnisse kann man nur durch eine einschlägige Tätigkeit in einer Einrichtung, in der genau diese Patienten in ausreichender Zahl behandelt werden, erwerben. Insofern ist nicht die jeweilige Facharztausbildung ausschlaggebend, sondern die definitive Ausbildung in der Behandlung der genannten Patientengruppe in genügender Fallzahl.</p> <p>An dieser Stelle sei noch einmal auf die Problematik der Definition des „prolongierten Weanings“ hingewiesen. Das prolongierte Weaning ist definiert als „erfolgreiches Weaning erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT“. Nach dieser Definition befinden sich viele Patienten auf den Akutintensivstationen, die im prolongierten Weaning sind und dort zu einem großen Teil erfolgreich behandelt werden. Diese Erfahrungen qualifizieren nicht automatisch zu der Behandlung von</p>
--	--	--	---

			<p>außerklinisch invasiv langzeitbeatmeten Patienten mit Weaningversagen. Bleibt das prolongierte Weaning einen längeren Zeitraum (meist über mehrere Wochen bis Monate) erfolglos, so wird ein großer Teil direkt in die außerklinische Behandlung entlassen, was bekanntermaßen zu einer deutlichen Zunahme von Patienten mit außerklinischer Beatmung geführt hat und weiterführt. Werden die Patienten nicht in die Außerklinik, sondern in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte Einheit verlegt, so wird dort das „prolongierte Weaning“ fortgesetzt, allerdings unter anderen, spezialisierten, personellen und apparativen Bedingungen. Das heißt, dass hier nicht der gleiche Begriff „prolongiertes Weaning“ verwendet werden dürfte, da es sich inhaltlich um unterschiedliche Prozesse handelt. Aus diesem Grund sind die Erfahrungen von Intensivmedizinern oder Anästhesisten im prolongierten Weaning nicht gleichzusetzen mit den Erfahrungen in der Beatmungsentwöhnung in einem darauf spezialisierten Zentrum. Dies gilt ebenso für die Betreuung von außerklinisch invasiv beatmeten Patienten oder Trägern von Trachealkanülen ohne Beatmung.</p> <p>Würden nun die gleichen Personen (Intensivmediziner/Anästhesisten, ohne die einschlägige Erfahrung in der Respiratorentwöhnung, in einer spezialisierten Ein-</p>
--	--	--	---

					<p>heit und in der Betreuung außerklinisch langzeitbeatmeter Patienten), die für die Entlassung direkt von der Akutintensivstation in die Außerklinik verantwortlich sind, die Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege weiter ausfüllen und diese auch die Erhebungen des Weaningpotenzials durchführen lassen, so würde das Ziel dieser Richtlinie ad absurdum geführt und das Ziel der Gesetzesgrundlage sicher nicht erfüllt werden.</p>	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>DIGAB:</p> <p>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 mit einschlägiger Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Langzeitbeatmung.</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit der Zusatzweiterbildung Kinderintensivmedizin</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> <p>Anmerkung DIGAB:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Versicherte mit Trachealkanüle ohne Beatmung haben meist ebenfalls komplexe Grunderkrankungen. HNO-Expertise ist häufig notwendig, allerdings eher als Konsiliarleistung. 2. An dieser Stelle ist zu bedenken, dass bisher noch keinerlei System mit fachärztlichen Verordnern weder mit einer Struktur noch einer Finanzierung der Leistungen besteht. Ohne eine solche Grundlage würde aus einer vulnerablen eine nicht vorhandene außerklinische fachärztliche Versorgung werden. 			
§ 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ol style="list-style-type: none"> 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter <p>verfügen.</p>		
				<p>DIGAB:</p> <p>Zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung soll ein sektorenübergreifendes Versorgungssystem etabliert werden, in welchem Fachärzte mit den entsprechenden Qualifikationen sowohl aus dem niedergelassenen Bereich als auch aus dem</p>		

				<p>stationären Bereich außerklinische Intensivpflege verordnen können.</p> <p>Übergangsregelung für den Zeitraum von 2 Jahren:</p> <p>³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <ol style="list-style-type: none">9. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),10. prolongiertem Weaning,11. Tracheostoma,12. Trachealkanülenmanagement,13. Sekretmanagement,14. speziellen Hilfsmitteln,		
--	--	--	--	--	--	--

			<p>15. Notfallsituatio- nen und</p> <p>16. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter verfügen.</p>		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 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, 		

			für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.	
			DIGAB: Es sollten die gleichen Kriterien gelten wie in §4 Abs. 1 (incl. Begründung) Anmerkung: Die Expertise des Kinder- und Jugend-Kardiologie qualifiziert nicht für die außerklinische Beatmung/Intensivpflege	
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	
§ 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, DIGAB: 1. Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie 2. Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsent-	Begründung: Die Betreuung von außerklinisch beatmeten Patienten ist Teil der Aus- und Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie. Nach der Auswertung des Weaningregisters der Weaningzentren der DGP mit 6899 Patienten durch die

			<p>wöhnung sowie die Betreuung von außerklinisch beatmeten Versicherten spezialisierten Einheit</p>	<p>WeaNet Studygroup 2016 haben die Patienten mit Prolongiertem Weaning im Durchschnitt 5 schwerwiegende internistische Erkrankungen, die, v.a. im Zusammenhang mit dem Ziel einer erfolgreichen Respiratorentwöhnung optimal behandelt werden müssen. Das bedeutet, dass fundierte Kenntnisse durch ausreichende Behandlungserfahrung zur Betreuung dieser Patienten Voraussetzung sein müssen. Daneben müssen ausreichende Erfahrungen in der Langzeitbetreuung außerklinisch invasiv beatmelter Patienten vorliegen. Diese Kenntnisse kann man nur durch eine einschlägige Tätigkeit in einer Einrichtung, in der genau diese Patienten in ausreichender Zahl behandelt werden, erwerben. Insofern ist nicht die jeweilige Facharztausbildung ausschlaggebend, sondern die definitive Ausbildung in der Behandlung der genannten Patientengruppe in genügender Fallzahl.</p> <p>An dieser Stelle sei noch einmal auf die Problematik der Definition des „prolongierten Weanings“ hingewiesen. Das prolongierte Weaning ist definiert als „erfolgreiches Weaning erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT“. Nach dieser Definition befinden sich viele Patienten auf den Akutintensivstationen, die im „prolongierten Weaning“ sind und dort zu einem gro-</p>
--	--	--	---	--

				<p>ßen Teil erfolgreich behandelt werden. Diese Erfahrungen qualifizieren nicht automatisch zu der Behandlung von außerklinisch invasiv langzeitbeatmeten Patienten mit Weaningversagen. Bleibt das prolongierte Weaning einen längeren Zeitraum (meist über mehrere Wochen bis Monate) erfolglos, so wird ein großer Teil direkt in die außerklinische Behandlung entlassen, was bekanntermaßen zu einer deutlichen Zunahme von Patienten mit außerklinischer Beatmung geführt hat und weiterführt. Werden die Patienten nicht in die Außerklinik, sondern in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte Einheit verlegt, so wird dort das „prolongierte Weaning“ fortgesetzt, allerdings unter anderen, spezialisierten, personellen und apparativen Bedingungen. Das heißt, dass hier nicht der gleiche Begriff „prolongiertes Weaning“ verwendet werden dürfte, da es sich inhaltlich um unterschiedliche Prozesse handelt. In diesem Setting der spezialisierten Weaning-Einheiten konnten in der genannten Auswertung der WeanNet Study Group 62% der Patienten entwöhnt werden. Aus diesem Grund sind die Erfahrungen von Intensivmedizinern oder Anästhesisten im prolongierten Weaning nicht gleichzusetzen mit den Erfahrungen in der Beatmungsentwöhnung in einem darauf spezialisierten</p>
--	--	--	--	--

				<p>Zentrum. Ebenso gilt dieses für die Betreuung von außerklinisch invasiv beatmeten Patienten oder Trägern von Trachealkanülen ohne Beatmung.</p> <p>Würden nun die gleichen Personen (Intensivmediziner/Anästhesisten ohne die einschlägige Erfahrung in der Respiratorentwöhnung in einer spezialisierten Einheit und in der Betreuung außerklinisch langzeitbeatmeter Patienten), die für die Entlassung direkt von der Akutintensivstation in die Außerlinik verantwortlich sind, die Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege weiter ausfüllen und diese auch die Erhebungen des Weaningpotentials durchführen lassen, so würde das Ziel dieser Richtlinie ad absurdum geführt und das Ziel der Gesetzesgrundlage sicher nicht erfüllt werden.</p>		
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>			
			<p>GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer</p>	<p>GKV-SV</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>

			<p>nung auf einer auf die Be- atmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versi- cherten spezialisierten Be- atmungsentwöhnungs-Ein- heit</p>	<p>auf die Beatmungsent- wöhnung von langzeitbe- atmeten Versicherten spezialisierten Beat- mungsentwöhnungs-Ein- heit [.]</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. 			
§ 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 Arzt-suche 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.
			DIGAB schließt sich an
§ 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
			<p>DIGAB:</p> <p>Weaning- und Dekanülierungspotenzial gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] sowie die zur deren Umsetzung erforderlichen Maßnahmen und Begründung für Verhinderung, <u>sowie</u> ev. Ausschluss eines Weaning- oder Dekanülierungspotenzials (z.B. ALS mit Bulbärsymptomatik, nicht operable Trachealstenose, etc.)</p> <p>Zu 12.: den oder die Leistungsorte</p>

§ 5	Absatz 2			
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			DIGAB schließt sich an	
§ 5	Absatz 3 Satz 2		DIGAB: Rückwirkende Verordnungen sind nur in Einzelfällen möglich.	
§ 5	Absatz 4		<p>DIGAB:</p> <p>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. Analog zu den Regelungen des GKV-IPReG müssen die Leistungen der Intensivpflege bis zu 6 Monate weiterfinanziert werden.</p>	
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			DIGAB schließt sich an	
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat -soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 7	Absatz 1		<p>DIGAB:</p> <p>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 1 und 2) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt außerklinische Intensivpflege über einen Zeitraum von bis zu achtundzwanzig Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen. Unabhängig davon sollte es das Ziel vor einer Entlassung in die außerklinische Intensivpflege sein, die Versorgung durch die Krankenkasse genehmigt zu haben. Dazu ist es notwendig den Medizinischen Dienst schon frühzeitig, während des Krankenhausaufenthaltes, einzuschalten.</p>	<p>DIGAB Begründung:</p> <p>7 Kalendertage nach der Entlassung ist für die Weiterverordnung ein zu kurzer Zeitraum. 28 Tage sind die gängige Praxis, z.B. im Norddeutschen Raum. Üblicherweise erfolgt die eindeutige Klärung über die Verordnung und der Akzeptanz durch die Krankenkasse, einschließlich der Sichtung durch den MD, noch vor Entlassung aus der Klinik, so dass die erneute Verordnung im außerklinischen Bereich kurz nach der Entlassung eigentlich überflüssig ist.</p>		

§ 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.			
			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, wenn kein Ausschluss einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung aufgrund der zugrundeliegenden Erkrankung oder anderer nicht behebbaren Konstellationen besteht (z.B. ALS mit Bulbärsymptomatik, nicht operable Trachealstenose, etc.)			
§ 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	PatV: ² Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse die Versorgung	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] 2 oder 3 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.	durch einen Leistungserbringer oder eine von der oder dem Versicherten selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung 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 §	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	GKV-SV, KBV	DKG

			132I Absatz 5 SGB V bestehen.	§ 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		
§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch 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 Satz 2		DIGAB: Ärztliche Qualifikationsanforderungen, die als Voraussetzung für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach §4 gelten, müssen im Genehmigungsverfahren auf Seiten des MD ebenfalls gegeben sein.			
§ 8	Absatz 3					
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			DIGAB schließt sich an			
§ 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,			
			DIGAB:			

			<p>7. der Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht invasiven Beatmung bei entsprechenden Funktionseinschränkungen, die eine außerklinische Intensivpflege bei nicht-invasiver Beatmung rechtfertigen (z.B. neuromuskuläre Erkrankungen)</p> <p>8. der Umgang mit Hilfsmitteln der zusätzlichen Sauerstofftherapie</p>	
§ 9	Absatz 2			
§ 9	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.</p>	
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4		<p>DIGAB: streichen</p>	<p>Begründung: Teilweise werden z.B. BGA-Abnahmen in ärztlicher Delegation der Fachärztin / des Facharztes durchgeführt. Diese Leistungen wären nicht mehr delegierbar und finanzierbar.</p>
§ 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					
§ 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 Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im	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 beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			Einzelfall notwendig und erwünscht ist.	gefährden. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
				DIGAB schließt sich an		
§ 9	Absatz 7 Satz 3		DIGAB: Um den dauerhaften und den pflegerisch-medizinischen Behandlungserfolg zu sichern, müssen die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in allen Versorgungsformen, analog zu den Regelungen im GKV-IPReG, bis zu 6 Monate weiterfinanziert werden.			
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				<p>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].</p>		
				<p>DIGAB:</p> <p>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</p>		

				<p>des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6] sowie die Durchführung oder Veranlassung regelmäßiger Kontrolluntersuchungen und die Anbindung an eine Einrichtung, die auf Weaning sowie die Betreuung von invasiv außerklinisch beatmeten Versicherten oder mit einer Trachealkanülen alleine versorgten Versicherten spezialisiert ist. Die verordnende Krankenhausärztin oder der verordnende Krankenhausarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische Behandlung bis zur Übernahme durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt mit der entsprechenden Qualifikation nach §4.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

§ 10	Absatz 1 bzw. 2		
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: und unter Beteiligung</p> <p>DIGAB:</p> <p>¹Die an der außerklinischen Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weiteren Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. Pflegefachkräfte, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger) arbeiten im Rahmen eines Netzwerkes eng zusammen. ²Dazu 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. Eine enge Absprache und Einbindung der oder des Versicherten, deren Zu- oder Angehörigen sowie der gesetzlichen Betreuungspersonen muss zu jeder Zeit erfolgen. ³Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung sind herzustellen. Bereits in der Versorgung etablierte Kooperationsformen sollen fortgeführt werden, sofern sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.</p> <p>PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen</p>

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	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 Vertrags- ärztin oder der verord- nende Vertragsarzt hat un- verzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöh- nung oder Dekanülierung einzuleiten und die Kran- kenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ² Die verordnende Ver- tragsärztin oder der ver- ordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die wei- teren Maßnahmen ein- schließlich der Einbin-	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

				<p>dung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.</p>		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	<p>KBV, DKG, GKV-SV: ¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³Die</p>	<p>PatV: ¹Eine 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. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungs-</p>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	erbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
				DIGAB schließt sich an		
§ 10	Absatz 6 oder 7		DIGAB: „pflegerelevant“ streichen			
§ 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:
	<p>DIGAB zusätzlich :</p> <p>Abschnitt 2: Fähigkeiten und Hilfsmittel bzw. Einstellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anfallsleiden: Art und Häufigkeit • Bewusstseinslage • Kommunikation • Kognitive Mitarbeitsfähigkeit • Physische Mitarbeitsfähigkeit • Funktionsbeeinträchtigung obere Extremität • Funktionsbeeinträchtigung untere Extremität • Mobilität • Beatmungsgerät und -einstellungen 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Trachealkanüle (Typ, Größe, Position) • Spontanatmung • Dysphagie/Aspirationsneigung • Sprechaufsatzzeiten • Maskentyp NIV: Sauerstoffinsufflation und -therapiegerät • Inhalationsgerät • Absauggerät • Sekretmanagement (Hustenassistent, oszillierende Therapien, etc.) 			
<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>				



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.

			GIP Gesellschaft für medizinische Intensivpflege mbH	
			Vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Marcus Mann	
			22.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ 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	
			GIP: Es wird sich dem Zusatz der PatV angeschlossen.	GIP: Die Maßnahmen, die unter die medizinische Behandlungspflege fallen, würden sonst noch weiter eingeschränkt, da dann alle Maßnahmen ausgeklammert

				werden können, die „üblicherweise“ nicht an Pflegefachkräfte, sondern Pflegekräfte delegiert werden können. Dies führt zu weiteren Anspruchseinschränkungen der Patienten.
§ 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.	
§ 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>GIP: Der Zusatz ist komplett zu streichen. Besonders nachteilig wirken sich hier die Nummern 2 und 3 aus.</p>	<p>GIP: Durch den Zusatz wird die Selbstbestimmung des Patienten so stark eingeschränkt, dass eine Teilhabe am normalen Leben zum Entfallen des Leistungsanspruches führen würde.</p> <p>1. Beispiel: Nr.2 „sich der Versicherte an diesem Ort regelmäßig und wiederkehrend aufhält“ hätte die Folge, dass Urlaube und Konzertbesuche nicht möglich wären.</p> <p>2. Beispiel: Nr. 3 „stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur“ sind unbestimmte Rechtsbegriffe, die nicht genauer definiert werden. Hier stellt sich auch die Frage, von wem dies überprüft wird und mit welcher Legitimation.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>GIP: Abänderung der Sätze 1 und 2 zu „Außerklinische Intensivpflege muss für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthaltes und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung oder für die Zeit des Aufenthaltes in anderen Einrichtungen verordnet werden, sofern für diesen Zeitraum kein intensivmedizinisch geschultes Personal im Sinne von § 1 Absatz 1</p>	<p>GIP: Nur weil ein Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht, ist nicht automatisch sichergestellt, ob dieser Anspruch durch die Einrichtung auch erfüllt werden kann.</p> <p>Eine lückenlose Versorgung muss hier weiterhin gesichert sein.</p>

			<p>Satz 5 dieser Richtlinie vorgehalten und nachgewiesen werden kann.“</p> <p>Abänderung des Satzes 3 zu</p> <p>„Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die entsprechenden Vertragsärzte zu beurteilen.“</p>	<p>Der Logik der Richtlinie folgend, muss eine Anspruchsprüfung durch einen qualifizierten Vertragsarzt erfolgen und nicht durch den Sachbearbeiter der Krankenkasse.</p>
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
			<p>GIP: Der Zusatz sollte komplett gestrichen werden. Sollte er beibehalten werden, so muss zur Sicherstellung einer lückenlosen Versorgung zumindest in Absatz 8 ein Satz 3 eingefügt werden, der da lautet:</p> <p>„Sie kann über diesen Zeitraum hinaus fortgelten, wenn durch die Leistungserbringer mit Verträgen nach</p>	<p>GIP: Durch den Zusatz wird eine Regelungslücke geschlossen, durch welche ansonsten nach 12 Monaten die Versorgungspflicht enden würde.</p> <p>Es erschließt sich nicht, weshalb beim Vorliegen der Voraussetzungen der Vertrag enden soll.</p>

			§ 123a Absatz 4 SGB V die Vereinbarungen der Rahmenempfehlung erfüllt werden.“			
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

				im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.				
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Verände-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und	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 Anwesenheit	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>rungen 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist,</p>	<p>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</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

			einer Pflegefachkraft notwendig ist.	wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3		GIP: Es ist generell zu klären und zu definieren, was unter Potenzial einer Entwöhnung zu verstehen ist und welche Kriterien herangezogen werden müssen.		GIP: Ansonsten kann dies dazu führen, dass es reine Auslegungssache ist, was unter Potenzial zu verstehen ist. Potenzial kann dann rein mechanisch bedeuten, dass es theoretisch möglich ist, eine Entwöhnung durchzuführen, ohne, dass aber hierbei die Folgen für den Patienten bedacht werden (stärkere körperliche Anstrengung, weniger Teilhabe am Leben). Potenzial kann aber auch sowohl die bloße Möglichkeit als auch die Folgen für den Patienten (welche nicht nur medizinische Folgen sein sollten) mitbeachten.			
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem	PatV:		GKV-SV, KBV	PatV	

		<p>Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden.</p> <p>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.</p> <p>³Sind kurzfristig keine Kapazitäten in einer der vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis</p>	<p>(3) ¹Zeigt 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>		
--	--	---	--	--	--

		ein Platz zur Verfügung steht.			
		<p>GIP: In Satz 2 muss exakt definiert werden, was für Spezialisierungen bei den Einrichtungen erforderlich sind. Weiterhin müssen auch ambulante Anbieter miteingeschlossen werden:</p> <p>„Stattdessen leitet der Vertragsarzt mit der Zustimmung des Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere die Einweisung in eine spezialisierte Einrichtung, die geeignet ist, den Therapieerfolg „Beatmungsentwöhnung“ zu erreichen.“</p>	<p>GIP: In Satz 2 muss „in Abstimmung mit dem Versicherten“ ersetzt werden durch: „mit der Zustimmung des Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter“.</p>	<p>GIP: Hierdurch werden auch die ambulanten Anbieter miteinbezogen, die neben einer Betreuung in der eigenen Häuslichkeit, die Betreuung in Wohngemeinschaften anbieten. Es erschließt sich nicht, weshalb eine Beatmungsentwöhnung nur in speziellen stationären Einrichtungen erfolgen kann und darf, solange die notwendigen Voraussetzungen gesichert sind.</p>	<p>GIP: Eine Entwöhnung kann nur mit der Zustimmung des Patienten erfolgen und nicht lediglich in Abstimmung mit ihm. Ansonsten wird ihm die Mündigkeit abgesprochen.</p>
§ 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		<p>GIP: Satz 10: Es wird sich dem Zusatz der PatV angeschlossen mit dem weiteren Zusatz, dass dies auch bei älteren Patienten gelten sollte, bei denen aus anderen Gründen als den dort genannten, kein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial absehbar ist (Bsp.: ALS, beatmete Querschnittspatienten, Patienten mit COPD Gold IV)</p> <p>Darüber hinaus sollten bestimmte Krankheitsbilder, die kein Entwöhnungspotenzial bieten, weil sich der Zustand dann verschlechtern würde, ausgeklammert werden. Diese sollten einen dauerhaften Anspruch erhalten.</p>		<p>GIP: Patienten, bei denen absehbar keine Besserung absehbar ist, sollten nicht in regelmäßigen Abständen der, in diesem Fall überflüssigen, Begutachtung ausgesetzt werden. Diese verursachen Stress und Ängste und gibt dem Patienten jedes Mal das Gefühl, sich neu „rechtfertigen“ zu müssen mit der möglichen Folge, dass die Verordnung, so wie sie gerade besteht, zum Schlechteren abgeändert wird.</p>	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3		Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			

	Abs. 5 bzw. 6					
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			(z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])			
			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		<p>GIP: In Ermangelung einer ausreichenden Anzahl von geeigneten Fachärzten sollte ein Auffangtatbestand eingefügt werden, wonach Verordnungen auch von geeigneten Ärzten bzw. dem behandelnden Arzt ausgestellt werden können, wenn nicht zeitnah ein besonders qualifizierter Vertragsarzt gefunden werden kann bzw. es nicht genügend Fachärzte gibt.</p>		<p>GIP: Andernfalls sollte vorab eine List der spezialisierten Ärzte erstellt werden, die die Anzahl und Verteilung im Bundesgebiet aufzeigt. Anhand dieser sollte dann überprüft werden, ob die in der Richtlinie festgelegten Anforderungen in der Praxis überhaupt umsetzbar sind.</p>	
§ 4	Abs. 1	Satz 2	<p>KBV, PatV, DKG: 5. für Kinder- und Jugendmedizin [.]</p>	<p>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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			GIP: Es wird sich dem Zusatz der PatV angeschlossen			
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			GIP: Es wird sich dem Zusatz der PatV angeschlossen			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.</p>		
			<p>GIP: Es wird sich dem Zusatz der KBV, PatV, DKG angeschlossen</p>		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 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> <p>1. für Innere Medizin und Pneumologie,</p>		

			<p>2. für Innere Medizin und Kardiologie, 3. für Anästhesiologie, 4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, 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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>			
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
§ 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</p>			

			richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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		GIP: Satz 2 muss abgeändert werden zu „Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen nicht überschreiten.“	GIP: Fünf Wochen sind als Zeitraum zu kurz bemessen, um einen Erfolg erreichen und beurteilen zu können. Es sollten daher 12 Wochen sein.
§ 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	

			<p>Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist.</p>			
			<p>GIP: Es wird sich dem Zusatz der PatV angeschlossen mit dem weiteren Zusatz, dass dies auch bei älteren Patienten gelten sollte, bei denen aus anderen Gründen als den dort genannten, kein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial absehbar ist (Bsp.: ALS, beatmete Querschnittspatienten, Patienten mit COPD Gold IV)</p> <p>Darüber hinaus sollten bestimmte Krankheitsbilder, die kein Entwöhnungspotenzial bieten, weil sich der Zustand dann verschlechtern würde, ausgeklammert werden. Diese sollten einen dauerhaften Anspruch erhalten.</p>		<p>GIP: Patienten, bei denen absehbar keine Besserung absehbar ist, sollten nicht in regelmäßigen Abständen der, in diesem Fall überflüssigen, Begutachtung ausgesetzt werden. Diese verursachen Stress und Ängste und gibt dem Patienten jedes Mal das Gefühl, sich neu „rechtfertigen“ zu müssen mit der möglichen Folge, dass die Verordnung, so wie sie gerade besteht, zum Schlechteren abgeändert wird.</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: <i>[streichen]</i></p>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

				GIP: Es wird sich der Ansicht des PatV angeschlossen	
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat-soll		
§ 6	Absatz 3		<p>GIP: Es fehlt die Regelung einer Folge, wenn die Frist nicht eingehalten wird und, wie sich ein Verschulden auf Vertragsarzt- und/oder Patientenseite auswirkt.</p> <p>Zusatz: Satz 2: „Sollte diese Frist trotz Mitwirkung des Patienten nicht eingehalten werden können, so gilt die alte Verordnung bis zur Ausstellung der Folgeverordnung fort.“</p>	<p>GIP: Der Patient ist hier von dem Vertragsarzt abhängig. Erfolgt die Folgeverordnung nicht in dem angegebenen Zeitraum, so ist die Versorgung gefährdet.</p>	
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements					
§ 7	Absatz 1		<p>GIP: Statt 7 Kalendertagen sollten hier „7 Werktage“ maßgeblich sein.</p>	<p>GIP: Die Frist ist sonst sehr knapp bemessen, da im Falle von Wochenend- und Feiertagen eine Fristverkürzung auf nur 4 Tage die Folge sein kann. Hierbei wurden eventuelle Brückentage gar nicht erst miteinbezogen. Da der Patient aber auf die Erreichbarkeit des Vertragsarztes und die Ausstellung der Folgeverordnung angewiesen ist, sollten ihm zur Kontaktierung und für den Erhalt der Verordnung 7 Werktage zur Verfügung stehen.</p>	

				Dies gilt insbesondere, da an das Ausstellen der Verordnung die in der Richtlinie genannten Anforderungen gestellt werden (Begutachtung, Prognose etc.).
§ 7	Absatz 2			
§ 7	Absatz 3		GIP: Satz 1: Es fehlt an einer Ausnahmeregelung für Patienten, bei denen der Versuch aufgrund der Erkrankung kontraindiziert ist.	GIP: Hier werden Patienten benachteiligt, bei denen eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung nicht zweckmäßig oder gar nachteilig ist. Hier sollte auch ein Ausnahmetatbestand formuliert werden, wie es bei § 3 Absatz (5) bzw. (6.) Satz 9 oder 10 der Fall ist.
§ 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.	
			GIP: Der Zusatz sollte gestrichen werden oder den weiteren Zusatz erhalten, dass dies nur mit dem Einverständnis des Patienten erfolgen darf und eine Ablehnung des Patienten keine negativen Folgen haben darf.	GIP: Der Zusatz lässt sowohl den Patientenwillen außer Acht als auch die Möglichkeit, dass zwar ein Potential gegeben sein kann, die Entwöhnung aber zu großen Einschränkungen der Lebensqualität des Patienten führen kann.
§ 7	Absatz 4		GIP: Es muss darauf geachtet werden, dass nicht die Krankenkasse unmittelbar oder mittelbar (zwecks Liste oder Empfehlung) den Leistungserbringer bestimmt oder Einfluss auf den Patienten bei der Bestimmung des Leistungserbringers nimmt.	GIP: Der freie Wettbewerb wäre sonst betroffen. Der Patient steht zudem unter Zeitdruck und sollte deshalb auch die Möglichkeit bekommen, sich ohne Einbeziehung der Krankenkasse um eine schnelle und lückenlose Versorgung durch einen geeigneten Leistungserbringer kümmern zu können.

			Anknüpfungspunkt sollte demnach nicht eine Liste/Empfehlung der Krankenkasse sein, sondern einzig und allein die Eignung des Leistungserbringers.			
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	<p>DKG:</p> <p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>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>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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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,</p>			

			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		GIP: Satz 1: Änderung am Ende „um die Planung einer diesbezüglich nahtlosen Versorgung zu ermöglichen, teilt der zuständige Versicherungsträger [...]“		GIP: Es ist nicht Aufgabe des Leistungserbringers, das Krankenhaus zu informieren.	
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der au-	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			<p>Berklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.</p> <p>der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.</p>		
			<p>GIP: Satz 3: „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>GIP: 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. 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>	
§ 7	Abs. 5	Satz 4	<p>DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen</p>		
§ 7	Absatz 6				
§ 7	Absatz 7				
<p>§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege</p>					

§ 8	Absatz 1					
§ 8	Absatz 2		<p>GIP: Hier fehlt es an einem Zeitfenster, bis wann die Beauftragung und dann auch die Begutachtung zu erfolgen hat.</p>		<p>GIP: Der Patient, der dringen auf die Genehmigung angewiesen ist, ist hier abhängig von dem Arbeitstempo der Krankenkassen und dem MDK. Damit ein Hinauszögern von außerklinischer Intensivpflege nicht über den Weg der Verzögerung provoziert werden kann, sollte hier eine Frist definiert werden, innerhalb dieser die Beauftragung und Begutachtung zu erfolgen hat. Dies sorgt für Anspruchsklarheit auf beiden Seiten.</p>	
§ 8	Absatz 3					
§ 8	Abs.3	Satz 1	<p>DKG, KBV, PatV: fünften</p>	<p>GKV-SV: dritten</p>	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			<p>GIP: Es sollten 7 Arbeitstage sein. Zudem sollte die Verordnung durch den zuständigen Vertragsarzt der Krankenkasse vorgelegt werden: „[...], wenn die Verordnung durch den zuständigen Vertragsarzt spätestens an dem siebten, der Ausstellung folgenden Arbeitstag, [...].“</p>		<p>GIP: Die Zeiträume sind zu kurz bemessen und es fehlt an der Definition der Zuständigkeiten.</p>	
§ 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.	
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4		GIP: Änderung zu „Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als Leistungen der außerklinischen Intensivpflege verordnet werden und von nichtärztlichen Leistungserbringern erbracht werden, wenn eine entsprechende, fachärztliche Begleitung sichergestellt ist.“	GIP: Es erschließt sich nicht, weshalb bei der Möglichkeit einer ärztlichen Begleitung das Wahlrecht des Patienten bzw. seine Möglichkeiten von vornherein derart eingeschränkt werden sollen.

§ 9	Absatz 5		<p>GIP: Die Fragen der Zuständigkeit, der Kostentragungspflicht und, inwiefern die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen und Kosten gegebenenfalls von der GKV zu übernehmen sind, sind nicht geklärt.</p> <p>Bsp.: Der Leistungserbringer Pflegedienst kann nur für die Rahmenbedingung Pflege zuständig sein.</p>		<p>GIP: Wer übernimmt die Kostenfolgen für baulich, personelle, organisatorische Rahmenbedingungen bei sozial schwachen Patienten?</p> <p>Das Leistungsspektrum der jeweiligen Leistungserbringer muss hier berücksichtigt und die Norm genauer definiert werden.</p>	
§ 9	Abs. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern</p>			
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die An- und Zugehörigen</p>	<p>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der ärztlich verordnete Leistungsumfang wird durch die Beteiligung der An- und Zugehörigen</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

		<p>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>nicht reduziert, um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem 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>		
		<p>GIP: Hier müssen auch Dauererkrankte beachtet werden, bei denen eine Rückzugspflege ausgeschlossen oder kontraindiziert ist.</p>			
§ 9	Absatz 7				
<p>§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege</p>					

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			GIP: Es wird sich dem Zusatz der PatV angeschlossen.	GIP: Ohne die Beteiligung des Versicherten würde dieser noch weiter aus den ihn betreffenden Prozessen		

					ausgenommen werden und Entscheidungen „über seinen Kopf hinweg“ getroffen werden.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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		GIP: Satz 1 Ersetzen des Wortes „unverzüglich“ mit „sobald er Kenntnis erlangt hat“.		GIP: Um der Praxis gerecht zu werden, kann hier nur eine Informationspflicht ab Kenntnisnahme normiert werden.	
§ 10		Satz 2	GKV-SV, DKG:	KBV, PatV:	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

	Abs. 4 bzw. 5		² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	² 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.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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	PatV: ¹ 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.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Zugehörigen zusammen. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

				verordnenden Vertragsarzt		
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:
				GIP: Es wird sich abgeschlossen		GIP: Ein Behandlungsplan ändert sich regelmäßig, er sollte nicht Bestandteil der Richtlinie sein.
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.						



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.

	Stellungnehmer: Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) Die BAG MoRe nimmt nur zu ausgewählten Aspekten Stellung, die sich auf die Aufgaben sowie auf Erfahrungen aus der Betreuung von Patienten/Rehabilitanden mit Bedarf an AKI der BAG MoRe beziehen. I.Ü. wird auf die Stellungnahme der DVfR verwiesen, die inhaltlich unterstützt wird.	
	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	Tragende Gründe, Vorschlag PatV
		Der Ergänzung der Tragenden Gründe zu Satz 1 und 2 durch die PatV wird zugestimmt. Diese differenzierte Darstellung ist erforderlich, da sich daraus Konsequenzen für die Häufigkeit

Folgende Ergänzungen werden zu der von der PatV vorgeschlagenen Formulierung des Absatzes 1 Satz 1 in den Tragenden Gründen vorgeschlagen:

In Nr. 1: „... Hier besteht unter entsprechenden therapeutischen oder rehabilitativen Maßnahmen einschli. intensivmedizinischer Rehabilitation mittel -bis langfristig Aussicht auf Besserung ...“.

in Nr. 3: „Eine weitere kleine Gruppe bilden Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Folgen einer akuten Erkrankung oder eines akuten Ereignisses trotz intensivmedizinischer Behandlung oder trotz durchgeführter intensivmedizinischer Rehabilitation in einer darauf spezialisierten Klinik keine Aussichten mehr auf nachhaltige Besserung...“.

der Reevaluation sowie die Qualifikation der verordnenden Ärztinnen und Ärzte ergeben.

Die Ergänzungen sind erforderlich, da therapeutische Maßnahmen oder eine intensivmedizinische Behandlung in nicht wenigen Fällen nicht ausreichen, um eine nachhaltige Verbesserung zu erreichen, dies aber durch eine intensivmedizinisch ausgerichtete Rehabilitation gelingen kann.

Vielfach kann erst in einem rehabilitativen Setting eine Entwöhnung von der Beatmung/dem Tracheostoma erreicht werden. Dies liegt darin begründet, dass in manchen Fällen eine multidisziplinäre und ganzheitliche Behandlung erforderlich ist, die weit über eine intensivmedizinische Behandlung hinausgeht, selbst wenn diese durch einzelne therapeutische Maßnahmen ergänzt wird. Vgl. dazu u. a. die umfangreiche Literatur zur Frührehabilitation.

Manteuffel, Leonie von: Intensivmedizinische Rehabilitation: Der „Missing Link“. Dtsch Arztebl 2017; 114(25): A-1234 / B-1025 / C-1003

P. W. Schönle, J. Beyer, M. Bredehorst, S. Grotkamp, V. Brahner, W. Seger, W. Cibis, A. Badke, S. Weinbrenner (Projektgruppe des Sachverständigenrats der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)): Intensiv-

			<p>Tragende Gründe: Der Ergänzung von PatV und GKV-SV zu Absatz 1, Satz 2 wird zugestimmt.</p>	<p>medizinische Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Patienten – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation. Neurol Rehabil 2017; 23(3): 249–255</p> <p>P. W. Schönle, J. Beyer: Zur aktuellen Diskussion um den Begriff »intensivmedizinische Rehabilitation«, Neurol Rehabil 2017; 23(4): 342–343 Hippocampus Verlag</p> <p>Die Ergänzung ist zur Klarstellung erforderlich.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 3	<p>PatV zusätzlich: /Pflegekräfte</p>	
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			

§ 1	Absatz 4	<p>Zu Satz 1 Nr. 5 wird folgende Ergänzung vorgeschlagen:</p> <p>„...in Kindertagesstätten, in Werkstätten für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Orten, an denen sich der Berechtigte zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe aufhält (z. B. Arbeitsplatz, Bildungseinrichtung, kulturelle oder kirchliche Einrichtung, betreuten oder besonderen Wohnformen oder Tagesförderstätten)“.</p>	<p>Die Ergänzung ist in der Richtlinie und nicht nur in den Tragenden Gründen erforderlich, da es zunehmend Betroffene gibt, die unter Beatmung bzw. mit einem AKI-Bedarf eine Ausbildung absolvieren, einen Beruf ausüben oder eine Tagesförderstätte besuchen. Praktische Erfahrungen aus der BAG MoRe zeigen, dass dies unter Einhaltung fachlicher Standards möglich und erfolgreich sein kann.</p> <p>Dem Aufenthaltsbestimmungsrecht der Betroffenen ist schon aus verfassungsrechtlicher Sicht der Vorrang gegenüber Kostenüberlegungen einzuräumen. Aus Sicht der BAG MoRe kann grundsätzlich immer durch gebotene Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit eine adäquate Leistungserbringung gewährleistet werden. Es ist nur eine Frage des Aufwandes, dies sicherzustellen. Insbesondere die Voraussetzung „einer stabilen fach- und sachgerechten Infrastruktur“ ist daher nicht als Einschränkung einer Leistungserbringung vor Ort, sondern ein Gewährleistungsziel für die Nachbesserungsmaßnahmen in der Richtlinie zu definieren.</p>
§ 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).	
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			Die Formulierung der PatV wird unterstützt.	Die PatV weist 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 Personalmangel in den Krankenhäusern und zum anderen, dass das dortige Pflegepersonal auf die Versorgung dieses Personenkreises mit seinen sehr spezifischen Bedarfen nicht hinreichend eingestellt ist. In der Praxis kommt es deshalb häufig vor, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten bei einem Krankenhausaufenthalt erheblich verschlechtert. Eltern von Kindern und Jugendlichen und auch Erwachsenen mit Intensivpflegebedarf vermeiden deshalb – wenn es nur irgendwie geht – ei-

				<p>nen 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. 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 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>Nicht zuletzt wird dadurch eine zur Stabilisierung der häuslichen Pflegeverhältnisse erreicht, da der Pflegedienst dann nicht ausgesetzt werden muss. Diesem Aspekt wurde z. B. in § 11 Absatz 3 Satz 1 SGB V Rechnung getragen.</p>
--	--	--	--	---

				Erfahrungen aus der BAG MoRe weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit Bedarf an AKI von Krankenhäusern oft nur dann aufgenommen werden, wenn entweder die Angehörigen die intensivpflegerische Versorgung während des stationären Aufenthaltes sicherstellen können oder ein Platz auf der Intensivstation frei ist. Während dies bei geplanten Aufenthalten oft organisiert werden kann, ist dies bei Notfällen oft nicht möglich, da die Intensivstationen ausgelastet sind. Steht die AKI in diesen Fällen auch im Krankenhaus zur Verfügung, ist auch eine Aufnahme auf eine Normalstation möglich.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			

§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kon-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>tigen 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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>	<p>trolle 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 sein kann, wobei die ge-</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--	--

				unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	neuen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
					Die Formulierung der PatV wird unterstützt.			Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu § 3 Absatz 1 Es gibt Fallkonstellationen, in denen nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich eine interventionsbedürftige Situation eintritt. Dennoch bleibt die Möglichkeit der jederzeitigen Interventionsbedürftigkeit. Dem trägt die Position der PatV Rechnung. Durch diese Position werden auch aus der Praxis

								bekannte Rechtsstreitigkeiten vermieden.
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	GKV-SV, KBV	PatV		

		stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. ³ 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.	auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
			Die Formulierung der PatV wird unterstützt.		Bekanntlich ist es oft schwierig, einen Platz in einer geeigneten Einrichtung zu finden. Es kann deshalb erforderlich sein, AKI zwischenzeitlich zu verordnen. Vgl. auch die Formulierung der PatV in den Tragenden Gründen.
§ 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>Die Ergänzung und die weiteren Vorschläge der PatV in den Sätzen 10 und 11 machen 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 Patientinnen und Patienten. Der besonderen Versorgungssituation von Menschen, bei denen die 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 Patientinnen und Patienten, die ein entsprechendes Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial haben, uneingeschränkt zu begrüßen ist, um ihnen mehr Lebensqualität und Teilhabe zu verschaffen und gleichzeitig Missbrauchsmöglichkeiten und Fehlanreize in der AKI zu vermeiden, wird gleichermaßen angewendet für Patientinnen und Patienten, 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. durch regelmäßig wiederholte Weaning-Versuche – ein defizitäres Bild des eigenen Selbst 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>Für Abs 5 bzw. 6 wird eine Ergänzung z. B. nach Satz 9 bzw. 10 vorgeschlagen: „Bei der Abschätzung des Entwöhnungspotentials sind auch die Möglichkeiten</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 Patientinnen und Patienten zu vermeiden, sind deshalb bei dauerhafter Indikation der Beatmung bzw. Trachealkanüle Ausnahmen von der Potenzialerhebung vor jeder Verordnung vorzusehen.</p> <p>Wie oben bereits ausgeführt können in Einzelfällen Entwöhnungsmaßnahmen nur in einem umfassenden rehabilitativen Setting erfolgreich durchgeführt werden. Dies liegt u. a. daran, dass eine erfolgreiche Entwöhnung oft nur bei entsprechender Motivation der Patientinnen oder Patienten möglich ist. Diese hängt wesentlich von den künftigen Teilhabemöglichkeiten ab, die vorwiegend im Rahmen einer spezifischen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme entwickelt werden können. Dazu sind häufig Spezialkenntnisse erforderlich, z. B.</p>
--	--	---	--

		<p>einer Behandlung in einer spezifischen Einrichtung der Frührehabilitation oder zur intensivmedizinischen Rehabilitation zu prüfen. Dies entspricht dem gesetzlichen Auftrag nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 sowie § 12 SGB IX. Ggf. ist eine Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX durchzuführen.“</p>	<p>im Hinblick auf elektronische Kommunikations- oder Steuerungsmittel (vgl. dazu die Konzepte zur unterstützten Kommunikation). Dies zeigt sich insbesondere bei sog. Locked-in-Patienten. Zudem können in diesen Fällen umfangreiche Maßnahmen zur Beseitigung anderer körperlicher Funktionsbeeinträchtigungen notwendig sein, z. B. das Erreichen einer ausreichend langen Sitzfähigkeit sowie anderer grob- und feinmotorischer Funktionen. Diese Rehabilitationsmöglichkeiten sind in der Regel auf reinen Weaningstationen nicht im notwendigen Ausmaß gegeben.</p> <p>Endlich ist nicht nur die Therapieoptimierung zu prüfen (s. § 3 Absatz 5 bzw. 6 Satz 3), sondern auch die Möglichkeit einer ergänzenden Mobilen Rehabilitation, soweit sie verfügbar ist.</p> <p>Mobile Rehabilitation ist eine Rehabilitationsform, bei der das Rehateam zum Patienten an seinen Lebensort kommt, also die Häuslichkeit oder das Pflegeheim oder die Einrichtung für Menschen mit Behinderung. Erfahrungen aus einigen Standorten zeigen, dass mobile Rehabilitation nicht nur zur Verbesserung der Teilhabe beitragen kann sondern auch die Voraussetzungen verbessern hilft, dass der Versuch eines Weaning oder einer Trachelkanülenentfernung mit Aussicht auf Erfolg gemacht werden kann.</p>			
§ 3		Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

	Abs. 5 bzw. 6					
§ 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.			
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>			
			Die zusätzlichen Sätze 10 und 11 der PatV werden unterstützt.	Hierzu führt die PatV 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		

					<p>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
			Die Position der PatV wird unterstützt.		Bei Patientinnen und Patienten, bei denen z. B. eine Beatmung dauerhaft indiziert ist, ist eine Erhebung aller aufgeführten Befunde nicht sachgerecht. Diese schematische Überprüfung kann in diesen Fällen eine unangemessene Belastung für die Patientinnen und Patentinnen darstellen.	
			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
			Der Passus sollte so gefasst werden: „Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren sowie der Möglichkeiten der Teilhabe und ihrer Förderung.“		Der Begriff der Lebensqualität ist für diese Patientengruppe unscharf und wenig definiert. Die Lebensqualität wird entscheidend durch die Möglichkeiten zur Teilhabe beeinflusst. Diese sind deshalb einzubeziehen.	
§ 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						

			Der Passus sollte so gefasst werden: „Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren sowie der Möglichkeiten der Teilhabe und ihrer Förderung.“	Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu § 3 Absatz 6 bzw. 7		
			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

			Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbe- zeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwer- punkt Neuropädiatrie.			
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Dem Zusatz der PatV PatV wird zugestimmt.	Die Ergänzung der PatV wird unterstützt, da es diese Fälle gibt, bei denen die HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte eine entscheidende Rolle für das Management spielen.		
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit	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. 		
			Der Position der KBV, PatV und DKG wird zugestimmt.		§ 37c SGB V sieht besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als verordnungsberechtigt an. Dies schließt Hausärztinnen und Hausärzte, die Patientinnen	

					<p>und Patienten zum Teil jahrelang auch aufsuchend begleiten, nicht aus. Hausärztinnen und Hausärzte verordnen zudem in der Regel nicht erstmalig bzw. nur nach entsprechender Empfehlung und Einweisung durch eine entsprechende Klinik. Meist handelt es sich um Folgeverordnungen. Hausärztinnen und Hausärzte, so zeigen die Erfahrungen, arbeiten sich oft in die spezifische Problematik ein und nehmen dabei Unterstützung durch die vorbehandelnde Klinik in Anspruch und holen diese aktiv ein.</p> <p>Aus Sicht der BAG MoRe kann eine flächendeckende Versorgung nur dadurch sichergestellt werden, dass auch Hausärztinnen und Hausärzte AKI verordnen können.</p> <p>Es bleibt völlig offen, wie Hausärztinnen und Hausärzte</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>die Kompetenzen entsprechend dem Vorschlag des GKV-SV nachweisen sollen. Dieser Vorschlag würde zu einem aufwändigen Genehmigungsverfahren führen, das in der Praxis kaum umsetzbar wäre.</p> <p>Die BAG MoRe geht nach ihren Erfahrungen davon aus, dass Hausärztinnen und Hausärzte gerade bei solchen Patientinnen und Patienten sich ihrer besonderen Verantwortung bewusst sind und ggf. spezialisierte Unterstützung in Anspruch nehmen bzw. die Verordnung delegieren.</p>	
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			
§ 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		
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>

§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1						
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,					
			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	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 [.]	GKV-SV		KBV, DKG, PatV	
	Der Formulierung von KBV, DKG und PatV wird zugestimmt.			Es ist davon auszugehen, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte, die mindestens 18 Monate Handlungskompetenzen und Erfahrungen in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungs-				

						<p>entwöhnung 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 Fachärztinnen und Fachärzte 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, 			

			<p>d. in einem neuromuskulären Zentrum oder</p> <p>e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>		
			<table border="1"> <tr> <td>Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.</td> <td> <p>Insbesondere bei jungen Patientinnen und Patienten mit neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen sind die zur entwicklungsbedingten Therapieoptimierung erforderlichen Erhebungen regelmäßig unter anderem durch neurologische Fachärztinnen und Fachärzte zu ermöglichen, die die Grunderkrankung behandeln. Daher sind auch Fachärztinnen und Fachärzte mit ausreichender Erfahrung in der Neurologischen Frühreha, in Querschnittszentren und in Neuromuskulären Zentren zur Potenzialerhebung bei Patientinnen und Patienten 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).</p> </td> </tr> </table>	Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.	<p>Insbesondere bei jungen Patientinnen und Patienten mit neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen sind die zur entwicklungsbedingten Therapieoptimierung erforderlichen Erhebungen regelmäßig unter anderem durch neurologische Fachärztinnen und Fachärzte zu ermöglichen, die die Grunderkrankung behandeln. Daher sind auch Fachärztinnen und Fachärzte mit ausreichender Erfahrung in der Neurologischen Frühreha, in Querschnittszentren und in Neuromuskulären Zentren zur Potenzialerhebung bei Patientinnen und Patienten 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).</p>
Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.	<p>Insbesondere bei jungen Patientinnen und Patienten mit neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen sind die zur entwicklungsbedingten Therapieoptimierung erforderlichen Erhebungen regelmäßig unter anderem durch neurologische Fachärztinnen und Fachärzte zu ermöglichen, die die Grunderkrankung behandeln. Daher sind auch Fachärztinnen und Fachärzte mit ausreichender Erfahrung in der Neurologischen Frühreha, in Querschnittszentren und in Neuromuskulären Zentren zur Potenzialerhebung bei Patientinnen und Patienten 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).</p>				
§ 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.		In den genannten Fällen wird eine längere Dauer von Folgeverordnungen befürwortet. 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.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	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.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat -soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						

§ 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.		
				Der Position der PatV wird zugestimmt.		Die Ausführungen in den Tragenden Gründen der PatV werden unterstützt.
§ 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	GKV-SV, KBV	DKG

			Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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, Dem Zusatz wird zugestimmt.			
			Dem Zusatz wird zugestimmt.		Die Ergänzung der PatV ist sachgerecht.	
§ 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 Zusatz 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 und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern.
§ 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	
			Der Zusatz der PatV wird unterstützt.	Die Ergänzung ist sachgerecht.
§ 9	Absatz 6		Die Position der PatV wird unterstützt.	Der Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG, den Grundsatz der Rückzugspflege in der AKI-Richtlinie einzuführen, wird abgelehnt. Gemäß § 4 Absatz 22 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 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

			<p>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 nach den Erfahrungen der BAG MoRe jedoch die Versorgungssicherheit der Patientinnen und 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> <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.</p>
--	--	--	--

§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV
-----	--------	----------	---	--	------------------	------

				dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
				Die Position der PatV wird unterstützt.		Zur Begründung vgl. die Ausführungen s.o.
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre und sektorübergreifende Koordination einschließlich	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				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			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.	Sofern An- und Zugehörige an der Pflege beteiligt sind, sind auch sie soweit möglich 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
			Die Formulierung von KBV, DKG und PatV wird unterstützt.		Die Formulierung von GKV-SV ist abzulehnen, da es für die genannten Einrichtungen keine rechtliche Grundlage für	

					eine Verpflichtung zur Kooperation gibt. Diese kann auch durch die Richtlinie nicht hergestellt werden. Dem trägt die Formulierung von KBV, DKG und PatV Rechnung.	
§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 Vertrags- ärzte 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, wird der Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG abgelehnt, 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: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	DKG, GKV-SV: ¹Im 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.			Aus Sicht der BAG MRe wird es für erforderlich gehalten, stärker deutlich zu machen, dass vor einer Verordnung von AKI stets das Rehabilitationspotential in spezialisierten Einrichtungen geprüft wird. Es gibt Fälle, in denen das Instrumentarium von auf Weaning spezialisierten Abteilungen nicht ausreicht, das Potential auszuschöpfen (vgl. Literatur dazu oben im Text). Es gibt Hinweise darauf, dass manchmal nur in einem speziellen rehabilitativen Setting die Entwöhnung von der Beatmung gelingt. Deshalb ist ein entsprechender Bedarf frühzeitig zu erkennen und im Sinne von § 13 SGB IX näher zu ermitteln. Ggf. ist eine Teilhabeplanung durchzuführen.			

Für Patientinnen und Patienten mit AKI kommt sowohl im häuslichen Setting als auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in Pflegeheimen häufig ergänzend Mobile Rehabilitation in Betracht. Diese ist zwar nicht flächendeckend verfügbar, jedoch sollte der Bedarf daran ggf. festgestellt werden und, wo regional möglich, auch entsprechend gedeckt werden.

Bei allen Regelungen sollte beachtet werden, dass es Patientengruppen gibt, bei denen ein Entwöhnungspotential für die Beatmung nicht besteht oder wo andere Gründe die AKI erforderlich machen, beispielsweise schwerste Epilepsien oder Absaugungserfordernis bei liegendem Tracheostoma ohne Beatmung. In diesen Fällen ist eine engmaschige umfassende Kontrolle alle 6 Monate nicht erforderlich. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Patientinnen und Patienten und die Angehörigen, die ohnehin extrem beansprucht werden, nicht noch zusätzlich belastet werden. Krankenhausaufenthalte und deren Organisation sind regelmäßig eine erhebliche Belastung für Patientinnen und Patienten und der Angehörigen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass in nicht wenigen Fällen eine Besiedlung mit einem MRSA oder ähnlichen Problemkeimen vorliegen kann, die einer stationären Aufnahme zur Überprüfung entgegenstehen kann.

Es muss sichergestellt sein, dass bei Problemen in der Umsetzung dieser Richtlinie die Wahl des Lebensortes durch den Patientinnen und Patienten nicht in Frage gestellt wird. Dies wäre nach der UN-BRK nicht vertretbar.

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.

	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband e.V. Alt-Moabit 91 10559 Berlin 030 21 91 57 0 dbfk@dbfk.de	
	23.07.2021	
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	Wir bitten um einheitliche Verwendung des Begriffs der Pflegefachperson.	Gemäß Pflegeberufegesetz werden die Ausführenden der Behandlungspflege nicht länger als Pflegefachkräfte sondern als Pflegefachpersonen bezeichnet. Wir bitten dies bei der Umsetzung oder Anpassung von zukünftigen Richtlinien zu berücksichtigen.
§ 1	Abs. 1	Satz 3	<p>PatV zusätzlich: /Pflegekräfte</p> <p>Wir sehen die Aufnahme des Begriffs „Pflegekräfte“ als obsolet an.</p> <p>Da durch die vorhergehende Formulierung „üblicherweise“ bereits hinreichend dargestellt ist, dass es anderweitige Regelungen gibt, die eine Durchführung der Behandlungspflege durch weitere Personen über die Pflegefachpersonen hinaus ermöglicht, benötigt es aus Sicht des DBfK keine Einfügung.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p> <p>Dieser Satz ist aus Sicht des DBfK zu streichen.</p> <p>Der Satz nimmt die Entscheidungen, die im Rahmen der Verhandlungen nach § 132I SGB V zu erfolgen haben, vorweg. Daher ist ein Verweis, wie er in dem diesen anschließenden Satz erfolgt ausreichend und eine Einfügung des Satzes aus unserer Sicht kritisch zu betrachten.</p>

§ 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>Die Punkte zwei und drei sind aus Sicht des DBfK dringend zu streichen.</p> <p>Der DBfK sieht in der vorgeschlagenen Einfügung der beiden Punkte einen massiven Eingriff in das Wahlrecht des Betroffenen zu seinem Aufenthaltsort. So ist aus Sicht des DBfK unerheblich ob sich eine oder ein Versicherte(r) regelmäßig wiederkehrend an diesem Ort aufhält oder es sich um einen einmaligen Besuch einer Einrichtung handelt.</p> <p>Dass die, in Punkt drei, genannten Aspekte zur Geeignetheit der räumlichen Verhältnisse vorliegen ist für die korrekte Durchführung der Versorgung notwendig, kann aber aus unserer Sicht nicht an dieser Stelle</p>

				<p>geregelt werden da dies einzig in der Versorgungssituation selbst und individuell für jeden Versicherten zu betrachten ist. So kann an dieser Stelle nicht geregelt werden ob ein Versorgungsort die Intimsphäre der versorgten Person berücksichtigt da diese einzig durch den Versicherten/die Versicherte festgelegt werden kann. Wir sehen in der Aufnahme ein großes Risiko, dass seitens der Kostenträger die in Satz 2 angebrachten berechtigten Wünsche nicht hinsichtlich des Versorgungsortes berücksichtigt werden.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>Der DBfK empfiehlt der Aufnahme des Begriffs „soll“ zu folgen.</p>	<p>Vor allem im Bereich der Intensivpflege von Kindern und auch in psychiatrisch ausgerichteten Fachbereichen oder -klinken gibt es häufig Schwierigkeiten, die fachgerechte Versorgung im stationären Bereich sicherzustellen, da kein entsprechend qualifiziertes Personal vorgehalten wird. Entsprechend des juristischen Verständnisses der Formulierung „kann nicht“ als negative Muss-Vorschrift sehen wir zudem einen Widerspruch zu Satz 3, wonach der Einzelfall zu prüfen ist.</p>
§ 1	Absatz 6			

§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>			
			Wir schlagen die Streichung der Absätze (7) und (8) vor.	Aus Sicht des DBfK bedarf es an dieser Stelle keiner weiterführenden Regelung da es zur Umsetzung dieser Punkte bereits entsprechende Regelungen in den Übergangsvorschriften des Beschlussentwurfs des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege gibt.		
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		DKG	GKV-SV, KBV, PatV:	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			(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.	(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 perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
			Der DBfK schließt sich der Auffassung von GKV-SV, KBV und PatV an.			Wir sehen die unter § 3 Abs. 6 aufgeführten Kriterien als maßgeblich um die perspektivischen Potenziale zu ermitteln und befürworten daher Konkretisierung.
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

§ 3		Absatz 1						
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können und daher</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 §</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			Der DBfK schließt sich der Formulierung der DKG an.			Die Formulierung der DKG entspricht in weiten Teilen der bereits geeinten Formulierung aus den aktuell gültigen Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB V. Darüber hinaus sehen wir im Rahmen der hier zu einenden Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege keinen Bedarf, die seitens der weiteren Verbände vorgeschlagenen sofortigen ärztlichen Interventionen zu regeln.		
--	--	--	---	--	--	--	--	--

						Auch die Formulierung einer Wahrscheinlichkeit einer „täglich[en]“Erforderlichkeit einer Intervention erscheint uns zu eng gefasst da nicht definiert werden kann welche Erkrankungen täglicher sofortiger Interventionen bedürfen und welche nicht.		
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder	PatV: (3) ¹ Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung	GKV-SV, KBV	PatV		

		<p>Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden.² 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.³ 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.</p>	<p>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 DBfK stimmt dem Vorschlag von GKV-SV und KBV zu.		Die derzeitige Versorgungslandschaft macht die Ergänzung aus Sicht des DBfK notwendig. Nur so kann die Versorgung der Versicherten bis zur Verfügbarkeit eines Platzes in einer spezialisierten Einrichtung fachgerecht gesichert werden. Wir möchten an dieser Stelle explizit darauf hinweisen, dass dem Einverständnis der oder des Betroffenen jeglicher weiterer Maßnahme vorangestellt ist.	
§ 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.			
			Der DBfK schlägt die Streichung des Satzes vor.		Wir sehen den Satz als obsolet an da die Ergänzung darauf schließen ließe, dass eine persönliche Untersuchung in diesen Fällen nicht notwendig ist oder länger zurück liegen kann. Wir sehen eine zeitnahe Beurteilung	

						jedoch als notwendig an um auch ärztlicherseits ein entsprechendes Therapiekonzept erarbeiten zu können und auch die pflegerische Versorgung auf Grundlage der ärztlichen Verordnung entsprechend dem aktuellen Bedarf sichern zu können.
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
			Der DBfK stimmt dem Vor- schlag von GKV-SV und KBV zu.		Wir schlagen vor dem An- sinnen des Gesetzgebers zu folgen und das Potenzial einer Entwöhnung vor je- der Verordnung zu prüfen. Daher ist aus Sicht des DBfK gemäß dem bisheri- gen Wording das Potenzial zu prüfen und nicht die Möglichkeit einer Umstel- lung zu erfassen. Aus Sicht des DBfK entbindet die Überprüfung nicht von weiteren Maßnahmen sollte das Potenzial zum	

					Verordnungszeitpunkt nicht gegeben sein.
§ 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 DBfK stimmt dem Satz mit einer Ergänzung zu. Wir schlagen vor den Satz wie folgt anzupassen: „Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung <i>mit Einverständnis der betroffenen Person</i> mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.	Aufgrund des Kostenvolumens der Außerklinischen Intensivpflege halten wir eine Erhebung alle 6 Monate für zielführend. Die Erhebung setzt jedoch zwingend das Einverständnis der oder der Betroffenen voraus und darf bei Ablehnung aufgrund der Selbstbestimmung nicht zu Leistungsverweigerung führen.	
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.		
			Wir stimmen der Aufnahme der Sätze 10 und 11 zu.	Die intensivpflegerische Versorgung von Kindern erfolgt gemäß der Begründung der PatV häufig aus Gründen, die eine Verbesserung der Beatmungssituation nicht erwarten lassen. Wir schlagen daher vor die Therapiekontrolle individuell zu gestalten um Belastungen im Kindesalter gering zu halten.	
§ 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		
			Der DBfK stimmt der Formulierung von KBV, GKV-SV und PatV zu.		Aus unserer Sicht darf bei der Beurteilung nicht nur Erwartung an eine Beat-			

					mungsentwöhnung festgestellt werden, vielmehr ist das gesamte Krankheitsgeschehen einzubeziehen.	
			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			
			Der DBfK stimmt der Aufnahme des Satzes zu.		Die Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens ist entscheidend für die Ergreifung jedweder Maßnahmen und daher zwingend zu berücksichtigen	
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			In Anbetracht der Begründung zu Punkt 8 stimmt der DBfK auch der Aufnahme dieser Ergänzung zu.			
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Der DBfK schlägt eine Ergänzung, behelfsweise die Streichung des Satzes vor. Wir schlagen vor, den Punkt wie folgt zu ergänzen: 9. systematische und strukturierte <i>Selbsteinschätzung</i> der <i>subjektiven</i> Lebensqualität, <i>sofern dies durch den oder die Betroffene möglich ist</i>		Verschiedene Ansätze konnten mittlerweile ermitteln, dass es keine ausreichenden Instrumente gibt, um individuelle Lebensqualität messbar zu machen.	

			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
				Der DBfK lehnt die Formulierung des Satzes ab.		Da der Qualitätsausschuss gem. § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 SGB XI zur Vergabe eines Auftrages zur Entwicklung von Instrumenten zur Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität aufgefordert ist, scheint es bisher keine geeigneten Verfahren zu geben, die für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität in Pflegesituationen ausreichend sind.
§ 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
				Der DBfK stimmt der Aufnahme des Satzes zu.		Die Ermittlung eines, wenn auch mutmaßlichen, Patientenwillens ist

					entscheidend für die Er- greifung jedweder Maß- nahmen und daher zwin- gend zu berücksichtigen	
KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität						
KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität						
		Der DBfK schlägt eine Ergänzung, behelfsweise die Strei- chung des Satzes vor		Verschiedene Ansätze konnten mittlerweile ermitteln, dass es keine ausreichenden Instrumente gibt, um indi- viduelle Lebensqualität messbar zu machen. Wir schla- gen daher vor, den Punkt wie folgt zu ergänzen: 9. systematische und strukturierte <i>Selbsteinschätzung</i> der <i>subjektiven</i> Lebensqualität, <i>sofern dies durch den o- der die Betroffene möglich ist</i>		
GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren						
		Der DBfK lehnt die Formulierung des Satzes ab.		Da der Qualitätsausschuss gem. § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 SGB XI zur Vergabe eines Auftrages zur Entwicklung von Instrumenten zur Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität aufgefordert ist, scheint es bisher keine geeigneten Verfahren zu geben, die für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität in Pflegesituationen ausreichend sind.		

§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>Wir stimmen dem Vorschlag von KBV, PatV und DKG zu.</p>		<p>Aus Sicht des DBfK ist die momentane flächendeckende Versorgung mit entsprechenden Fachärzten kritisch zu betrachten. Legt man die Planungsbereiche der KBV zur spezialfachärztlichen Versorgung zu Grunde und vergleicht diese mit den Zahlen der Ärztestatistik der BÄK Stand 31.12.2020, so wird deutlich, dass, ohne Einbeziehung regionaler Besonderheiten wie der Ballung in Großstädten, die regionale Versorgung nicht sichergestellt sein kann. Während laut KBV 97 Planungsbereiche der Berechnung zugrundegelegt werden, sind bspw. nur 86 Fachärzte im Bereich Kinder und Jugendpneumologie tätig. Vor allem in der Kinder- und Jugendversorgung bedarf es aus Sicht</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					des DBfK eines besonderen Schutzes vor unnötigen Belastungen. Dies würde aber bspw. mit der Notwendigkeit längerer Transportzeiten einhergehen. Darüber hinaus bedürfen Kinder und Jugendliche einer besonderen Fürsorge und Zusage, weshalb wir die Befundung durch ihnen regelmäßig bekannte Fachärzte und Fachärztinnen als dienlich sehen.	
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		
			<p>Der DBfK schließt sich der Auffassung von KBV, PatV und DKG an.</p>		<p>Wir sehen, gemäß der aufgeführten Aspekte des GKV-SV, die Handlungskompetenzen größtenteils auch im Hausärztlichen Bereich, da diese im Rahmen</p>	

					der ärztlichen Ausbildung erworben wurden. Wir sehen die Gefahr, dass eine Benennung von Handlungskompetenzen seitens GKV-SV gleichgesetzt wird mit einer entsprechenden Weiterbildung. Dies würde dem Fokus der hausärztlichen Versorgung nicht gerecht.
§ 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.		
			Der DBfK befürwortet die Streichung des Satzes.	Aus Sicht des DBfK sind die Voraussetzung durch die ärztliche Ausbildung als erfüllt anzusehen.	
§ 4	Absatz 2				
§ 4	Abs. 2	Satz 1	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² 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,		

			<p>3. für Anästhesiologie, 4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, 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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Der DBfK stimmt KBV, DKG und PatV zu.</p>	
				<p>Aus Sicht des DBfK weisen die genannten Facharztqualifikationen genug Handlungskompetenz auf, um die Erhebung des Potenzials einer Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen gewährleisten zu können.</p>

		KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,	
Der DBfK stimmt der Forderung von KBV, DKG und PatV zu.		Siehe Stellungnahme § 4 Abs. 3 bzw.4 Satz 1 (zusätzlich 2.).	
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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
	Der DBfK stimmt KBV, DKG und PatV zu.		Der DBfK sieht auf Grundlage einer vorangegangenen erfolgreichen Facharztprüfung eine 18-monatige Erfahrung für ausreichend an.
PatV zusätzlich: ,			
b. in der neurologischen Frühreha Phase B,			

			<p>c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum, d. in einem neuromuskulären Zentrum oder e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>			
			Der DBfK stimmt der Aufnahme der Ergänzung der PatV zu.	Wir sehen in Anbetracht der Versorgungsrealitäten einen erheblichen Bedarf ärztlicher Versorgung, wenn es um den Bereich Weaning geht.		
§ 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.</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</p>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>

			<p>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>	Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1		Streichung des Leistungsortes		<p>Aus Sicht des DBfK wird mit dieser Einfügung massiv gegen die Grundrechte der betroffenen Personen verstoßen, ihren Aufenthaltsort selbst zu bestimmen. Daher empfehlen wir dringend und nachdrücklich die Streichung des Punktes 12.</p>	
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p>			

			Der Satz ist aus Sicht des DBfK zu streichen.	Die Übersendung der Verordnung ist Aufgabe des oder der Versicherten. Nur so kann der oder die Betroffene Kenntnis von deren Inhalt erhalten und das Selbstbestimmungsrecht bleibt gewahrt. Darüber hinaus kann sind Fristen der Einreichung zu wahren. Im Vorschlag der GKV-SV bleibt unklar, wer im Falle einer verfristeten Einreichung für den Leistungs- oder Refinanzierungsausfall des Leistungserbringers aufkommt.
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Der DBfK stimmt dem Vorschlag der DKG zu.	Aus Sicht des DBfK ist die Angabe eines Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials ausreichend.
			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	
			Der DBfK lehnt die Ausführung von KBV, GKV-SV und PatV ab.	Aus Sicht des DBfK ist vor allem die Begründung für die Verhinderung nicht der Krankenkasse mitzuteilen. Wir sehen dies als datenschutzrechtlich bedenklich, da es sich um Informationen handelt, die im Rahmen des Arzt-Patienten-Verhältnisses erhoben werden und nicht nur auf Anforderung dem Medizinischen Dienst zur Verfügung gestellt werden dürfen. Es bleibt zu befürchten, dass die sensiblen Informationen andernfalls missbräuchlich zum Hinwirken auf ein Weaning oder eine Dekanülierung genutzt werden.

§ 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	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			Der DBfK stimmt der Aufnahme des Satzes zu.		Aus Sicht des DBfK muss es vor allem bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen um die Vermeidung zusätzlicher Belastungen für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen geben.	
§ 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	<p>KBV, PatV: hat soll</p>			
§ 6	Absatz 3					

§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	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 Ver-	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	sorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.		
				Wir stimmen der Formulierung der PatV zu		Wir sehen die Aufgabe der Beratung zu einem Leistungsort nicht als Aufgabe des Kostenträgers, sondern als Aufgabe eines Leistungserbringers, der mit der Versorgung des Versicherten und/oder mit der Angebotssituation der Region betraut ist. Eine Beratung durch den Kostenträger birgt aus Sicht des DBfK das Risiko, dass bei Versicherten darauf hingewirkt wird, eine vermeintlich kostengünstigere Alternative zu wählen oder dass die Beratung entsprechend einseitig erfolgt. Das Wahlrecht des

						oder der Versicherten steht an oberster Stelle, daher befürworten wir dringend die Einbeziehung unabhängiger Dritte wie bspw. nach § 7a SGB XI qualifizierten Pflegeberatern.
§ 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 § 132l 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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132l Absatz	GKV-SV, KBV	DKG

				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 dem	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
			Wir stimmen der Auffassung der DKG zu.		Aus Sicht des DBfK muss es bei einer Neuverordnung um wesentliche Änderungen gehen, da ansonsten der Ressourcenaufwand, der bei allen Beteiligten erfolgt, unverhältnismäßig ist.	
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Wir befürworten die Aufnahme des Satzes.		Aus Sicht des DBfK kann sich der Leistungsumfang innerhalb des Ordnungsrahmen täglich ändern. Wir halten daher eine Konkretisierung, dass es dabei auf die Veränderung der Anwesenheitszeiten der Pflegefachperson abgezielt wird für notwendig.	
§ 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
			Der DBfK stimmt DKG, KBV und PatV zu.		Wie bereits im Rahmen anderer Stellungnahmen dargelegt sehen wir die Einreichung einer Verordnung innerhalb von drei Tagen als nicht realistisch an da die originär zu den Aufgaben des Versicherten gehört und nicht zum Aufgabenbereich der Leistungserbringer. Falls an dieser Stelle dennoch ein Regelungsbedarf gesehen wird,	

					so sollte der ausgewiesene Zeitraum so groß wie möglich sein.	
§ 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.			
			Der DBfK lehnt die Aufnahme des Satzes ab.		Wir sehen an dieser Stelle die Gefahr einer Leistungsverchiebung aus dem SGB XI in das SGB V.	
§ 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					
§ 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 Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit	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 beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.	und Zugehörigen nicht zu gefährden. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
				Der DBfK stimmt dem Vorschlag der PatV zu.		Der dargelegte Vorschlag kann vor allem in kurzfristigen Verhinderungssituationen die Versorgung sicherstellen ohne einen unangemessenen Mehraufwand für alle an der Versorgung Beteiligten mit sich zu bringen.
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
			KBV, DKG, PatV:	GKV-SV:	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

§ 10	Abs. 1		<i>[Absatz streichen]</i>	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].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Der DBfK stimmt der Aufnahme des Satzteils zu.	Die Ausgestaltung der Versorgung ist Bestandteil des alltäglichen Lebens des Leistungsempfängers, weshalb eine Absprache- auch um eine mögliche Fehlkommunikation zu vermeiden- mit dem oder der Versicherten zusammen erfolgen muss. Wir weisen dringend auch auf		

					die erforderliche Refinanzierung dieser Fallbesprechungen hin.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Der DBfK schlägt vor diesen Satz zu streichen.		Ergänzend zum vorgehenden Punkt schlagen wir stattdessen vor die Teilnahme um einen gesetzlichen Vertreter oder Bevollmächtigten zu ergänzen. Aus Sicht des DBfK würde jedoch die Teilnahme diverser An- und zugehöriger nicht der Zielführung entsprechend.	
§ 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
			Wir stimmen der Formulierung von KBV, DKG und PatV zu.		Die Bedarfsdeckung in Deutschland zeigt, dass nicht für jede Grunderkrankung in jeder Region entsprechende Kooperationen vorgehalten werden können. Eine Verpflichtung wäre daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht zielführend.	
§10		Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			

	Abs. 1 bzw. 2					
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

		<p>werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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.</p> <p>²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>¹Eine 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. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im</p>		
--	--	--	---	--	--

				Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
			Wir lehnen die Auffassung von KBV, DKG und GKV-SV ab.		Wir sehen die Formulierung „Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen“ als Eingriff in die Selbstbestimmungsrechte der betroffenen Personen. Die Entscheidung, sich von Angehörigen versorgen zu lassen, obliegt nicht dem Arzt oder der Ärztin, sondern dem oder der Patientin selbst.	
§ 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	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

				verordnenden Vertragsarzt		
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.			Wir möchten an dieser Stelle nochmals auf die Anpassung dieser und auch aller weiteren Richtlinien hinweisen wenn es um die Berufsbezeichnungen gemäß Pflegeberufegesetz geht.			

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.

			Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V		
			23. Juli 2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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		
			DGP stimmt PatV zu		DGP plädiert für ausschließliche Delegation an Pflegefachkräfte, Pflegefachkräfte haben eine zusätzliche Qualifikation für die außerklinische Intensivpflege, z.B. durch Kurse nach DIGAB o.ä.

				s. auch Ziele § 2 (1) dieses Vorschlags - Sicherheit für den Patienten
§ 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.	
			DGP stimmt GKV-SV, DKG, KBV zu	beschreibt die besondere Qualifikation der Pflegekräfte in der AKI (außerklinischen Intensivpflege)
§ 1	Abs. 1	Satz 6	Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V	
			Empfehlung: Das Nähere regelt die reformierte Rahmenempfehlung nach § 132I SGB V zur außerklinischen Intensivpflege.	Hinweis auf die reformierte Rahmenempfehlung, da die aktuelle Rahmenempfehlung für häusliche Krankenpflege keine Definition der Qualifikation für die Pflegefachkraft außerhalb der Bereichsleitung enthält, welche in der neueren Version enthalten sein soll. Diese Spezifikation ist aktuell nicht ersichtlich. Alternativ Hinweis auf die Empfehlungen der entsprechenden Leitlinie.
§ 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). 	
			DGP stimmt dem Zusatz von KBV, DKG, GKV-SV zu	Beschreibung/Kriterien für außerklinische Intensivpflege an anderen Orten
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p>	
			DGP stimmt PatV nicht zu, „kann“ an beiden Stellen beibehalten	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und		<p>DKG zusätzlich: (7) Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem 01.01.2023 verordnet.</p>	

	Abs. 8		<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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>			
			<p>(7) aus Sicht der DGP nicht zu beurteilen</p> <p>(8) DGP stimmt DKG zu</p>		<p>(8) macht aus Sicht der DGP Sinn, wenn bis zum Stichtag nach dem neuen Paragraphen keine gültigen Verträge abgeschlossen sind, um das Funktionieren der AKI zu sichern.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum Zeitpunkt der Verordnung kein Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuel-</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			<p>Dekanülierung besteht, ein solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.</p>	<p>len Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
			DGP stimmt GKV-SV, KBV, PatV zu			
§ 2	Abs. 3	Ziel 2.	<p>Änderungsvorschlag DGP:</p> <p>„...der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum Weaning-Versagen bzw. Dekanülierungs-Versagen geführt haben, ...“</p>		<p>In der außerklinischen Intensivpflege werden sowohl Pat. mit Weaning-Versagen als auch mit reinem Dekanülierungs-Versagen behandelt, deswegen sollte dieser Punkt mit aufgenommen werden.</p>	
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

§ 3		Absatz 1						
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können und daher</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 §</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			DGP stimmt der DKG zu					beschreibt auch die Bereitschaft und die Unvorhersehbarkeit der notwendigen Interventionen	
§ 3	Absatz 2	Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen kann nicht alleine auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden							
		Änderungsvorschlag DGP: (3) Außerklinische Intensivpflege ist auch bei nichtinvasiv beatmeten Patienten zu verordnen, wenn die Patienten aufgrund körperlicher Einschränkungen (z.B. Lähmungen der oberen Extremitäten bei NME oder critical-illness-assoziiertes Polyneuro- und/oder -myopathie) nicht in der Lage sind, das Gerät zu bedienen oder das Interface für die Beatmung eigenständig auf- bzw. abzusetzen.			Die Gruppe 3 b II bleibt bisher in dem Gesetzesentwurf unberücksichtigt und sollte ergänzt werden, da der Pflege- und Behandlungsaufwand (Pflege, Überwachung und ggf. Interventionsbereitschaft – Sekretmanagement, Starten bzw. Beenden einer Phase der Beatmung) vergleichbar ist mit dem Pflege- und Behandlungsaufwand einer stabilen invasiven Heimbeatmung.				
§ 3	Absatz 3								
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder	PatV: (3) ¹ Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung	GKV-SV, KBV		PatV		

		<p>Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden.² 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.³ 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.</p>	<p>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>		
--	--	---	--	--	--

			DGP stimmt GKV-SV, KBV bei Satz 1 zu, Satz 2 wiederholt nur das, was schon unter §2 (4) steht und ist aus Sicht der DGP entbehrlich.		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4				
§ 3	Absatz 4 bzw. 5		Änderungsvorschlag DGP: Voraussetzung für jede Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt oder die verordnende Klinik von dem Zustand der oder des Versicherten und der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer persönlichen Untersuchung überzeugt hat		Eine persönliche Untersuchung muss zur Sicherstellung der Behandlungsqualität erforderlich sein.
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.		
			DGP hält Zusatz für entbehrlich.		Situationen können sich im Krankenhausverlauf ändern - persönlicher Besuch mit aktueller Beurteilung sollte verpflichtend sein um die Behandlungsqualität zu sichern.

§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1	1Vor jeder Verordnung werden bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten			
			Änderungsvorschlag DGP: Vor jeder Verordnung werden bei invasiv oder nicht-invasiv beatmeten (Weaning Kategorie 3 b I) Versicherten oder trachealkanülierten Versicherten	Die Gruppe 3 b II sollte auch hier ergänzt werden, da der Pflege- und Behandlungsaufwand vergleichbar ist mit dem Pflege- und Behandlungsaufwand einer stabilen invasiven Heimbeatmung.		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
			DGP stimmt GKV-SV, KBV zu,		Potential treffender als Möglichkeit	
§ 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.			
			DGP stimmt GKV-SV, KBV zu	Hierdurch kann ein früheres Erkennen eines sich entwickelnden Weaning- oder Dekanülierungspotentials ersichtlich werden.		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5 oder 6	1-6, da der erste Satz des Vorschlag der DKG aus dem neuen Punkt (3) damit 6 Unterpunkte macht.			

§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
			DGP ist einverstanden					
§ 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		
				c) aus Sicht der DGP entbehrlich				

		Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke);	
		<p>Änderungsvorschlag DGP: Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke, durchschnittliche Nutzungszeit pro Tag);</p>	<p>Erfassung eines möglichen Verringerten Beatmungsbedarfs. Zusätzliche Möglichkeit, Punkt 7 des KBV, GKV-SV, PatV zu ergänzen hinsichtlich der Adhärenz</p>
	<p>KBV, GKV-SV, PatV: 6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;</p>	<p>DKG: 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV</p>
	<p>DKG</p>		
		<p>Änderungsvorschlag DGP: 6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen, der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beat-</p>	

			<p>mung geführt hat, mit daraus resultierender Festlegung, ob aus dem bisherigen Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung zu erwarten ist;</p>			
			<p>KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten</p>			
			<p>DGP stimmt zu</p>			
			<p>KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>			
			<p>DGP stimmt zu</p>			
			<p>KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)</p>			
			<p>DGP stimmt zu</p>			
			<p>KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität</p>			
			<p>DGP stimmt unter Vorbehalt zu (s.u.)</p>			
			<p>PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren</p>	<p>GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren</p>	<p>PatV</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>

				<p>Ergänzung um Vorschläge zur Erhebung der Lebensqualität auch durch geeignete Fremdanamnestiche Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität</p> <p>Bei mitteilungsfähigen Versicherten z.B. SRI, SF-36</p> <p>Bei nicht mitteilungsfähigen Versicherten z.B. EQ-5D (-5L) für Pflegekräfte.</p>		
			KBV, GKV-SV, PatV: 10. Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials			
			DGP stimmt zu		Als Zusammenfassung der o.g. Befunde sinnvoll	
§ 3	Absatz 7 bzw. 8					
§ 3	Abs. 7 bzw. 8		<p>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).</p>			

			für den Fall der Verordnung der AKI durch das Krankenhaus für einen begrenzten Zeitraum sinnvoll			
§ 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
			DGP stimmt zu mit Änderungsvorschlag: Standardisiertes Screening auf Vorhandensein und gegebenenfalls Feststellung			

			des Ausmaßes von Schluckstörungen und Aspirationsneigung			
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
				DGP stimmt zu		
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität			
			Aus Sicht der DGP nicht erforderlich		laryngeale Sensibilität ist absolut entbehrlich, gehört zum Schluck-Assessment	
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			s.o.			
			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.			
			Aus Sicht der DGP nicht erforderlich			

§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
				DGP stimmt GKV-SV zu		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			

			DGP lehnt den Vorschlag ab		Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde haben Erfahrung mit laryngektomierten Patienten, die Erfahrung mit Patienten die eine Beatmung auf Grund anderer Ursachen bedürfen oder auch Versicherte die aufgrund einer neurologischen oder pneumologischen Grunderkrankung intensivpflegerische Betreuung bedürfen ist in deutlich geringerem Umfang vorhanden und nicht Teil der Facharztqualifikation.	
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen. DGP stimmt GKV-SV zu		
§ 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. DGP stimmt GKV-SV zu		
§ 4	Absatz 2				
§ 4	Abs. 2	Satz 1	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² 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,		

			<p>4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.</p>	
			<p>DGP stimmt weitgehend zu, mit einem Änderungsvorschlag: Innere Medizin und Kardiologie streichen (sind in §4 Abs. 1 nicht aufgeführt)</p>	<p>Innere Medizin und Kardiologie sind in §4 Abs. 1 nicht aufgeführt</p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	<p>Änderungsvorschlag DGP:</p> <p>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.</p> <p>In die Gruppe der Patienten, für die außerklinische Beatmung verordnet wird, sind Patienten der Weaning-Kategorie 3 b II mit aufzunehmen.</p>	<p>Die Gruppe 3 b II bleibt bisher in dem Gesetzesentwurf unberücksichtigt und sollte ergänzt werden, da der Pflege- und Behandlungsaufwand (Pflege, Überwachung und ggf. Interventionsbereitschaft – Sekretmanagement, Starten bzw. Beenden einer Phase der Beatmung) vergleichbar ist mit dem Pflege- und Behandlungsaufwand einer stabilen invasiven Heimbeatmung.</p>
§ 4		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>	

	Abs. 2 bzw. 3					
§ 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,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
			DGP stimmt GKV-SV zu			
PatV zusätzlich: ,						

			<p>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</p>	
			e) sollte gestrichen werden	Hier besteht die Gefahr der Qualitätsabsenkung, wenn die unter e) genannte Gruppe mit den anderen unter a-d genannten Gruppen gleichgestellt wird. Hierdurch entsteht die Gefahr, dass ohne Mindestqualifikation 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 erfolgt. Dies steht im Gegensatz zum Grundgedanken des Gesetzesentwurfs.
§ 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>	
			DGP stimmt zu	
§ 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
Favorisierung der Formulierung von PatV und GKV, da die Aktualisierung und die Angabe der Kompetenzen zusätzlich gefordert ist und damit mehr Transparenz geschaffen wird.						

§ 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.		
			Aus Sicht der DGP entbehrlich, aber wenn hier zeitliche Verzögerungen aus Erfahrung der GKV-SV vorkommen kann dieser Satz sinnvoll sein.		
§ 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		
			DGP stimmt Vorschlag zu		sinnvoll
§ 5	Absatz 2				
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren		
			DGP stimmt Vorschlag zu		

§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			DGP stimmt zu	
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	
			DGP stimmt zu	
			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)	
			DGP stimmt zu	
§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege				
§ 6	Absatz 1		Änderungsvorschlag Satz 2 2Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu acht Wochen nicht überschreiten.	
§ 6	Absatz 2			

§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			DGP stimmt zu			
§ 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: <i>[streichen]</i></p>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
			DGP stimmt zu			
			<p>Unabhängig von der Dauer der Verordnung hat die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt regelmäßig den Zustand der oder des Versicherten auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung zu überprüfen.</p>			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	<p>KBV, PatV: hat soll</p>			
			<p>Unabhängig von der Dauer der Verordnung hat die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt den Zustand der oder des Versicherten auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung mindestens alle drei Monate zu überprüfen.</p>	<p>Eine Definition der Mindestintervalle einer ärztlichen Untersuchung bei zum Teil schwerst erkrankten versicherten sichert die Behandlungsqualität und sollte daher definiert sein.</p>		

§ 6	Absatz 3		
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements			
§ 7	Absatz 1	außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen	
		Änderungsvorschlag DGP: außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu vierzehn Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen	Der Zeitraum ist sehr kurz bemessen.
§ 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.
			DGP stimmt zu

§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			<p>DGP lehnt Vorschlag ab</p> <p>das öffnet den Krankenkassen die Tür zum eigenständigen Auswählen der Pflegedienste und eigener Beratung - aus Sicht der DGP</p>			

			kritisch, zumal auch die Bearbeitungszeiten sich verlängern werden, ggf. zum Nachteil der Zentren, die die Pat. erst später entlassen können. Wenn möglich, Übernahme vermeiden.			
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage</p>	GKV-SV, KBV	DKG

				für die Auswahl eines Leistungserbringers dar		
			DGP lehnt ab	DGP lehnt ab	bei beiden Varianten ist die Wahlfreiheit des Patienten eingeschränkt und deswegen kritisch zu sehen - die Formulierung des PatV erlaubt den weitesten Spielraum und sollte bevorzugt werden.	Ergänzung: Parallel zur Information an die Krankenkasse und in Abstimmung mit der Krankenkasse sollte eine Suche nach einer zeitnahen außerklinischen Versorgung seitens des Entlassmanagements möglich sein, um eine zügige Weiterversorgung zu realisieren, die die Belange des Patienten und der Familie berücksichtigt.
§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
				DGP stimmt zu		
§ 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		1Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege ist die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine <i>geeignete</i> Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege.			Pflegefachkraft mit entsprechender Qualifizierung ist ein Muss.

			Änderungsvorschlag durch eine <i>qualifizierte</i> Pflegefachkraft		
§ 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,		
			DGP stimmt beiden Vorschlägen zu	Nochmalige Stärkung der Notwendigkeit der Hinzunahme der Weaning Kategorie 3 b II	
§ 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.		
			DGP stimmt zu		
§ 9	Absatz 3				
§ 9	Absatz 4				
§ 9	Absatz 5				
			PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern		

§ 9	Abs. 5	Satz 1				
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

				§132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
			DGP stimmt zu, im Satz 3 sollte notwendig gestrichen werden			
§ 9	Absatz 7	<p>hier wären ggf. Übergangsfristen zu gewähren, wenn der Patient entwöhnt ist, aber seine bisherige Wohnung zwischenzeitlich gekündigt bzw. aufgelöst wurde.</p> <p>Ergänzungsvorschlag: Im Rahmen einer Beendigung der Indikation für eine AKI kann für eine Zeit von 3 Monaten ein weiteres Wohnen an einem der in § 1 (4) Nr. 1-3 genannten Betreuungsorte bis zur Organisation einer eigenständigen Wohnmöglichkeit notwendig sein. Die Vergütung ist entsprechend zu regeln.</p>				
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
			KBV, DKG, PatV:	GKV-SV:	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

§ 10	Abs. 1		[Absatz streichen]	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].		
			DGP schließt sich KBV, DKG, PatV an, den Absatz zu streichen		Die DGP sieht dies kritisch, wenn damit auch der primär verordnende Krankenhausarzt einbezogen ist, da er dann für eine außerklinische Versorgung verantwortlich ist, ohne Zugriffsmöglichkeiten auf die Durchführung der Versorgung zu haben, insbeson-	

					dere wenn er keine Ermächtigung zur ambulanten KV-Tätigkeit hat. Sofern dies nur für KV-Vertragsärzte gelten soll, ist dies o.k	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Aus Sicht der DGP nicht erforderlich			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			DGP lehnt Vorschlag ab			Erschwert Organisation eines gemeinsamen Termins
§ 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
				DGP stimmt zu		
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			DGP stimmt zu			

§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			DGP stimmt zu			
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen	PatV: ¹ Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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. 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>diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung 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>		
			DGP stimmt zu			
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					

§ 10	Abs. 7 bzw. 8		KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	KBV, PatV	DKG, GKV-SV
				DGP stimmt zu		
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.						



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.

	Intensivpflegeverband Deutschland IPV unter rechtlicher Beratung von Anja Hoffmann Kurfürstendamm 138 10711 Berlin	
	22.07.2021	
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 Einheitliche Verwendung der Begriffe Pflegefachpersonen bzw. Pflegeperson	Eine einheitliche Verwendung zur eindeutigen Einordnung, sollte in allen bundeseinheitlichen Richtlinien ab

		<p>Zu Satz 6: Bei institutioneller Organisation des persönlichen Budgets müssen die Anforderungen an die organisatorische Institution gleichgestellt sein mit denen der amb. und stat. Leistungserbringer.</p>	<p>2021 (seit Einführung der Generalistischen Pflegeausbildung) vorgenommen werden. Siehe auch Dokumente der Fachkommission nach dem Pflegeberufgesetz: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/2021-07-01_Pflegeausbildung_Module_erweiterte_Kompetenzen_genehmigte_Vorabfassung.pdf</p> <p>Unabhängig von der Feststellung, dass der GBA zur Konkretisierung der Personengruppe, an die Leistungen nach § 37c SGB V delegiert werden dürfen, gar nicht gesetzlich befugt ist (s. § 37c Abs. 1, Satz 8 und § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V), widerspricht der Verweis den bereits bestehenden (unter-)gesetzlichen Regelungen (s. BRE § 132a Abs. 1, § 4 Ziff. 5 ff. und QPR ambulant, Teil 1A, Ziff. 7.1. ff.).</p> <p>Das IPREG möchte Fehlanreize vermeiden. Die Möglichkeit der institutionellen Organisation des persönlichen Budgets ohne "Regeln" ist ein solcher Fehlanreiz.</p>
--	--	--	--

§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte	
			Ablehnung des Vorschlags der PatV, bzw. Anwendung ausschließlich in Fällen des persönlichen Budgets.	<p>Der Einsatz von Pflegepersonen in der AIP im Rahmen der spezialisierten Behandlungspflege ist grundsätzlich in institutionalisierten Einrichtungen und bei Pflegediensten abzulehnen, da die notwendigen Qualitätsanforderungen nicht ausreichend erfüllt sind (s.o.).</p> <p>Eine Ausnahme kann hier nur die Versorgung im persönlichen Budget sein. Hier hat sich der Einsatz von Pflegepersonen - teils Laienkräften - etabliert. Der Unterschied liegt hierin, dass es sich um eine festes Versorgungssetting handelt, in der diese Personen individuell und ausschließlich auf diesen einen Patienten bezogen eingearbeitet und fachlich eingewiesen wurden. Dies ist dann gleichzusetzen mit der Anforderung an Angehörige, welche sich an der Pflege beteiligen.</p>
§ 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.	
			streichen	Eine Regelung zur generellen Qualifikationsanforderung an die an der Versorgung beteiligten Pflegefach-

				<p>personen in der AIP – ist grundsätzlich zu befürworten, der GBA hat dafür aber nicht die Regelungskompetenz (s. § 37c Abs. 1, Satz 8 SGB V).</p> <p>Die weitergehenden Bedingungen, z.B. in Bezug auf Versorgungsquoten, sollten in den zukünftigen Bundesrahmenempfehlungen und darauf basierenden Versorgungsverträgen (welche zukünftig bundesweit einheitlich sein sollten) geregelt werden.</p>
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3	<p>Die mögliche Übernahme der medizinischen Behandlungspflege muss in jedem Fall, von Kindes- bis Erwachsenenalter, der Selbsteinschätzung der An- und Zugehörigen und deren Lebensumständen obliegen.</p>		<p>Erfahrungsgemäß werden die Ressourcen der An- und Zugehörigen bei Weitem überschätzt. Eine Selbsteinschätzung unter Einbeziehung einer unabhängigen Beratungsstelle sollte ermöglicht werden. Berufstätige An- und Zugehörige, die selbst erkrankt, physisch, psychisch oder kognitiv beeinträchtigt sind, sollten grundsätzlich keine Leistungen der medizinischen Behandlungspflege als Alternative zu besonders qualifizierten Pflegefachpersonen erbringen. Dies ist aufgrund der fachlich notwendigen Interventionsbereitschaft und der nicht näher genannten Notwendigkeit einer fachlichen- und persönlichen Qualifikation unverantwortlich.</p>

			<p>Der § 37c SGB V sieht anders als § 37 Abs. 3 SGB V zudem keine Einschränkung des Anspruchs vor. In § 37 Abs. 3 SGB V heißt es:</p> <p><i>„Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.“</i></p> <p>Da der Gesetzgeber eine solche Einschränkung nicht im § 37c SGB V formuliert hat, fehlt dem GBA insofern die Regelungskompetenz.</p>
§ 1	Absatz 4	<p>Reihenfolge der Aufzählung ändern, Stichwort “ambulant vor stationär”</p> <p>Streichung von Absatz 4 Satz 1 Nr. 5</p>	<p>Grundsätzlich darf es keine Einschränkung des Versorgungsortes geben, da dies eine Grundrechtseinschränkung (z.B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht) darstellen würde. Die Voraussetzung zur regelrechten Versorgung wird durch die Qualifikation der betreuenden, besonders qualifizierten Pflegefachperson gewährleistet. Ein betroffener Mensch muss zum Fußballspiel, auf eine private Feier oder an jeden Ort seiner Wahl uneingeschränkt versorgt werden dürfen. Dies darf nicht zur Versagung der Leistung führen.</p> <p>Wir geben zu bedenken, dass die Einschätzung dessen, ob eine Räumlichkeit, z.B. im Urlaub, Konzert, Theater,</p>

			als geeignet gilt, wohl kaum vom Sachbearbeiter der Kostenträger getroffen werden kann bzw. darf. § 37c Abs. 2, Satz 1 SGB V zählt nur Nr. 1 bis 4. Der GBA ist nicht befugt, diese Aufzählung bzw. Leistungs-orte zu variieren (s. § 37c Abs. 1, Satz 8 SGB V).
§ 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>Streichung bzw. Ablehnung des Vorschlags</p>
§ 1	Absatz 5		

	<p>Wie soll die Überwachung der Vital- und Beatmungsparameter, sowie die notwendige pflegerischer Intervention, die in der Umgebung (s. § 1, Abs. 4) von einer „besonders geschulten Pflegefachperson“ durchgeführt wird, in einer psychiatrischen oder anderen Fachklinik Klinik sichergestellt werden, in der sich kein speziell geschultes Pflegefachpersonal befindet?</p> <p>Es könnten Kontingente für Beisitzer*innen des AKI Erbringers definiert werden. Einzelfallprüfungen sollten möglich sein und ggf. anhand der medizinischen Indikation durch den MDK überprüft werden.</p>	<p>In § 37 Abs. 2, Satz 7 und 8 SGB V heißt es:</p> <p><i>„Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.“</i></p> <p>An einer solchen Einschränkung des Anspruchs nach § 37c SGB V fehlt es in der Formulierung des Gesetzeswortlautes dieser Norm. der GBA ist daher selbst nicht befugt, den Anspruch insofern einzuschränken (s. § 37c Abs. 1, Satz 8 SGB V).</p>
--	---	--

				Im Falle der medizinischen Notwendigkeit, sollte sich die jeweilige Fachklinik, Rehabilitationseinrichtung, möglichst vor Aufnahme schriftlich äußern, wie sie die spezielle Krankenbeobachtung und Erbringung der intensivpflegerischen Versorgung sicherstellen wird.
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2/ 3	PatV: kann soll Zustimmung: PatV Die individuelle Prüfung des Einzelfalles wird so ermöglicht.	Die Verordnung außerklinischer Intensivpflege muss – nach Einzelfallentscheidung - auch in den genannten Einrichtungen grundsätzlich möglich sein. Insbesondere in den Fällen, in denen das in diesen Einrichtungen tätige Pflegepersonal nicht über die notwendige Qualifikation (hier sind dieselben Anforderungen, wie in der AIP zu verlangen) verfügt.
§ 1	Absatz 6			
§ 1			DKG zusätzlich: (7) Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß dieser Richtlinie werden ab dem 01.01.2023 verordnet.	

	Abs. 7 und Abs. 8		(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.			
			Streichen		Dem GBA fehlt auch insofern die Regelungskompetenz (s. § 37c Abs. 1, Satz 8 SGB V). Im Übrigen erschließt sich die Notwendigkeit dieser Regelungen in der Richtlinie nicht.	
§ 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,	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 Er-	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

		stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.	hebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
		Aufnahme des Vorschlages der DKG		<p>Die Beatmungsentwöhnung und die erfolgreiche Dekanülierung stellen für die Einrichtungen der AIP seit jeher ein festes Ziel dar. Ist ein Potential erkennbar - auch zukünftig, gestützt durch Potentialerhebungen – ist dieses Ziel weiter zu verfolgen.</p> <p>Die Beatmungsentwöhnung muss die Einwilligung des Betroffenen voraussetzen.</p> <p>Versicherte haben zwar Mitwirkungspflichten im Rahmen von Ansprüchen aus dem SGB.</p> <p>Aber wie weit müssen diese Mitwirkungspflichten gehen? Die vorgesehenen halbjährigen Potenzialerhebungen – und die darin vorgesehenen Diagnose- und Erhebungsverfahren – stellen in vielen Fällen eine unnötige Belastung dar und sind daher als unverhältnismäßig zu bewerten.</p>	
§ 2	Absatz 4	Streichung des Wortes “stationäre ...”		s. Begründung § 4 Abs. 3 bzw. 4, Satz 1 Punkt 4 e (Ergänzung PatV)	

									Eine derartige Kontrolle kann auch in einer auf Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung spezialisierten ambulanten Einrichtung erfolgen. Voraussetzung ist, dass die Kosten- bzw. Leistungsträger solche ambulanten Leistungsträger auch zulassen.
§ 2	Absatz 5		Subjektive Lebensqualität muss durch Betroffenen selbst bestimmt werden.						
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege									
§ 3	Absatz 1								
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Verände-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesen-	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des	DKG	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>rungen 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz</p>	<p>heit 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.</p>	<p>§ 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

			einer Pflegefachkraft notwendig ist.				
					Zustimmung PatV	<p>Eine notwendige <u>tägliche</u> Intervention ist nicht zwingen erforderlich für den Anspruch nach § 37c SGB V. Es ist ausreichend, wenn es notwendig sein kann.</p> <p>Schon bislang ist aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung klar, dass Behandlungspflegeleistungen nicht zu sehr durch die HKP-Richtlinie beschränkt werden dürfen (s. BSG Urteil vom 10. November 2005 - B 3 KR 38/04 R). Das BSG bestätigte, dass</p>	

						<p>die Richtlinie die gesetzliche Leistungsverpflichtung der Krankenkassen bei der Erbringung von häuslicher Krankenpflege nicht unzulässig einschränken darf, weil dazu keine ausreichende gesetzliche Ermächtigung vorläge.</p> <p>Diese Aussagen gelten auch für den Formulierungsvorschlag von GKV-SV, KBV, wonach „täglich“ eine unvorhersehbare lebensbedrohliche Situation eintreten müsse.</p>		
§ 3	Absatz 2					<p>Zustimmung, da dies auch anderen Patientengruppen (z.B. Epileptikern oder NIV-Beatmungen) die mit einer potenziellen vitalen Bedrohung leben müssen grundsätzlich einbezieht. Etwa wenn die Patientin/ der Patient in Folge seiner Erkrankung tetraplegisch ist, und somit weder die Bedienung des Beatmungsgerätes noch</p>		

					das Auf- und Absetzen der Beatmungsmaske eigenständig steuern kann. Die Verordnung aufgrund der medizinischen Indikation sollte im Vordergrund stehen.	
§ 3	Absatz 3					
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>	GKV-SV, KBV	PatV

		<p>spezialisierte stationäre Einrichtung. ³Sind 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.</p>			
		<p>Keine Zustimmung zu den Vorschlägen, daher eigene Formulierung:</p> <p><i>„Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können zur Sicherstellung der Versorgung, Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege ausgestellt werden. ²Die</i></p>		<p>Weaning setzt das Einverständnis des Betroffenen voraus!</p> <p>Das Versagen einer Verordnung und damit der pflegerischen Versorgung ist daher nicht vereinbar mit dem Grundgesetz.</p> <p>Mit dieser Formulierung ist die Versorgung der Versicherten im Falle einer notwendigen Krankenhausentlassung sichergestellt. Die Einweisung</p>	

			Vertragsärztin oder der Vertragsarzt leitet in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung ein.“		des Versicherten bei Vorhandensein eines freien Platzes, darf dann grundsätzlich nur in Abstimmung mit ihm und somit mit seiner Zustimmung erfolgen. Wie in der PatV Ergänzung §4 Abs. 3 bzw. 4 Punkt e) bereits vorgeschlagen, sollten diese Maßnahmen zukünftig auch grundsätzlich im außerklinischen Bereich möglich sein.	
§ 3	Absatz 3 bzw. 4		Palliativmedizinische Fachkompetenz ist zu einem <i>geeigneten Zeitpunkt</i> einzubeziehen. Ganz klar muss hier der der selbst geäußerte (auch zu früheren Zeitpunkten) Patientenwille berücksichtigt werden!		Berücksichtigt werden muss hierbei, dass palliatives Handeln nicht gleichzusetzen ist mit einer „End of Life Care“ Versorgung. In diesem Verständnis handelt die AIP Versorgung in vielen Fällen schon jetzt.	
§ 3	Absatz 4 bzw. 5		Diese Untersuchung sollte, wenn nicht anders möglich auch mit Hilfe telemedizinischer Mittel erfolgen können (zumindest im Rahmen der Folgeverordnung).		Hierbei müssen die Möglichkeiten der Telemedizin (digitale Dokumentation, Videovisite, Beatmungsüberwachung) als Ergänzung aufgenommen werden.	
§ 3			PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			

	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	Zustimmung PatV	Zustimmung, insbesondere bei Folgeverordnungen. Bei der Erstverordnung (nach Krankenhausverordnung) sollte eine persönliche Untersuchung zwingend erfolgen.		
§ 3	Absatz 5 bzw. 6	<p>Ergänzung des Satz 1 um den Vorschlag des PatV</p> <p>Die Erhebung des Potentials sollten weitestgehend - zumindest in den Fällen in denen dies möglich ist - am Ort der Versorgung durchgeführt werden, um zusätzliche Belastung für den Versicherten zu vermeiden. Bei Krankheitsbildern mit einem progressiven Verlauf, sind Intervalle, bei der Vorstellung in der jeweiligen Fachklinik, mit dem Patienten und dem Krankheitsbild angemessen abzuklären, oder nicht zu erheben.</p> <p>Generell zu Satz 2: Es sei denn, der Patient lehnt die erneuten Versuche der Umstellung auf eine NIV Beatmung ab, weil der Patient sich in den Bereichen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunikation, 2. Lebensqualität oder 3. Sicherheitsgefühl, <p>eingeschränkt fühlt.</p>		<p>Eine Überprüfung der Indikation, bzw. des Entwöhnungspotentials ist grundsätzlich zu befürworten. Diese Erhebung darf allerdings nicht zu einer zusätzlichen gesundheitlichen Belastung für den Versicherten führen. Jeder Krankenhausaufenthalt stellt, neben den positiven Aspekten der medizinischen Möglichkeiten Im Krankenhaus, gleichzeitig eine enorme Belastung für den Versicherten dar. Sowohl der Krankentransport als auch der Aufenthalt in der Klinik - hier ist sehr häufig die pflegerische Versorgung schlechter – stellen eine oft gesundheitsgefährdende Belastung dar.</p>		
§ 3	Abs. 5		GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

	bzw. 6	Satz 2	Zustimmung			
§ 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.			
			Grundsätzliche Ablehnung des Satzes 4 und 5!	Grundsätzlich darf eine Ablehnung der Potenzialerhebung durch den Versicherten nicht zur Leistungsverweigerung führen. Des Weiteren darf die Erhebung nicht zwingend zu einem stationären oder ambulanten Krankenhausaufenthalt führen, sondern sollte möglichst ambulant bzw. am Ort der Versorgung erfolgen. Telemedizinische Mittel sind hier zu nutzen und einzusetzen, soweit dies möglich ist. In den Leitlinien, als auch in den Erfahrungsberichten ist klar benannt, dass die Bereitschaft des Patienten, als auch die gute psychosoziale Situation eine Grundlage für den Weaningerfolg darstellt. Dies sollte als Begründung, für einen anderen Zeitraum zur Erhebung, seine Berechtigung darstellen. Bei Krankheitsbildern mit progressivem Verlauf ist ein Zeitraum von 6 Monaten ethisch nicht zu vertreten. Dies muss mit dem zuständigen Fach- bzw. Hausarzt im Vorab abgeklärt werden. Daher kann hier kein fester Zeitraum (von 3 Monaten) benannt werden.		

				Bei maximaler Verordnungsdauer von 6 Monaten (nach dem Entwurf der Richtlinie) kommt eine Potenzialerhebung, die nicht älter sein darf als 3 Monate vor dem Zeitpunkt der Verordnung, einem Zeitraum von jeweils 6 Monaten gleich.
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>	
			<p>Zustimmung und Ergänzung Diese Regelung muss auch bei erwachsenen Versicherten gelten, bei denen aufgrund der Grunderkrankung und einer hierauf basierenden fachärztlichen Einschätzung, mit einem Entwöhnungspotenzial innerhalb des Verordnungszeitraumes oder längerfristig nicht zu rechnen ist.</p>	Potentialerhebungen machen nur dann Sinn, wenn mit einem Potential zu rechnen ist. In allen anderen Fällen ist eine solche Erhebung unsinnig und stellt für den Versicherten eine Belastung und für das Gesundheitssystem zusätzliche Kosten dar.
§ 3	Absatz 6 bzw. 7		<p>Zu Nr. 1, Buchst. c), Ziff. 2: Beurteilung der NIV Fähigkeit unter Berücksichtigung des Patientenwillen und Berücksichtigung der sozialen Teilhabe und Lebensqualität.</p> <p>zu Nr. 1, Buchst. c), Ziff. 10: Zustimmung und Ergänzung:</p>	Zur Gewährleistung einer ambulanten Potentialerhebung am Ort der Versorgung müssen durch die Kostenträger personelle (ärztliche Untersuchung) und technische (z.B. BGA-Messung) Ressourcen finanziert werden. Stationäre Aufenthalte für eine Potentialerhebung sind möglichst zu vermeiden.

			Auch ein nicht vorhandenes Potenzial zum Weaning muss hier beschrieben werden			
§ 3	Abs. 6 bzw. 7	Satz 1	PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben	PatV	KBV, GKV-SV, DKG
			Zustimmung zu Vorschlag PatV, da hier beatmete ohne Weaningmöglichkeit ausgenommen werden können.		Zustimmung. Hierbei handelt es sich 1. um einen abschließenden Katalog der Erhebungsparameter und 2. kann auch eine Erhebung erfolgen, wenn dieser Katalog nicht vollumfänglich erfüllt werden kann oder der Versicherte bestimmte Erhebungsparameter für sich im Rahmen seine Entscheidungsfreiheit ablehnt.	
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation			
			Zustimmung PatV	Dies macht allerdings nur dann Sinn, wenn sich über die Indikation Konsequenzen für den weitere Potentialerhebung derart ergeben würden, dass in den Fällen, in denen 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.		

		DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
				Die Erhebung des Schmerzstatus gehört schon jetzt - auf Grundlage des bestehenden Expertenstandards Schmerz - in der Pflege zur Standarderhebung.	
		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
		Zustimmung		Diese Herangehensweise und Betrachtung richtet sich nicht nur auf die Frage der Beatmungsentwöhnung, sondern auch der weiteren umfassenden Krankheitsentwicklung.	
		KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten			

			Streichung	Für eine solche Einschätzung fehlen objektive Messmethoden und Parameter, so dass am Ende eine subjektive Einschätzung auch zu einer Fehleinschätzung führen kann. Die Fähigkeit zur Adhärenz kann krankheits- sowie tagesformabhängig sein und sollte eher auf Grundlage längerfristiger Betrachtung, zum Beispiel durch die Betrachtung von Pflegeberichten, erfolgen. Bei einigen akuten wie auch chronischen Erkrankungen (z.B. Depression) ist eine solche Erfassung nicht möglich.
			KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	
			Punkt 8 streichen	Der (mutmaßliche) Patientenwille wird initial erfasst. Dieser wird sich nicht von Potenzialerhebung zu Potenzialerhebung verändern. Daher ist Punkt 8 gänzlich abzulehnen. Ethisch ist die immer wiederkehrende Erhebung dieses Punktes unzumutbar.
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)	
			s. oben	
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität	

		Die Lebensqualität eines Menschen, ist nicht von einer anderen Person definierbar. Nur eine Selbsteinschätzung darf zulässig sein.	Lebensqualität ist ein sehr subjektiver Aspekt. Auch wenn ein vermeintlich objektivierbares Erfassungsinstrument etabliert wird, kann damit nicht sichergestellt werden, dass bei jedem Versicherten diese korrekt erfasst wird. Eine Einschätzung durch Dritte ist grundsätzlich abzulehnen, da der Spielraum für Subjektivität nach Wirtschaftlichkeitsgründen viel zu hoch ist.		
		PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
		Wenn Erfassung, dann immer unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren!			Was sind geeignete Faktoren und wer definiert diese?
§ 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 Prozeduren Schlüssel (OPS).			

§ 3	Absatz 8 bzw. 9			Zur Gewährleistung einer ambulanten Potentialerhebung am Ort der Versorgung müssen durch die Kostenträger personelle (ärztliche Untersuchung) und technische (z.B. BGA-Messung) Ressourcen finanziert werden. Stationäre Aufenthalte für eine Potentialerhebung sind möglichst zu vermeiden.		
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	PatV: sollen [...] einbezogen werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:
			Zustimmung PatV		Somit ist der Katalog abgeschlossen.	
			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
			Zustimmung		Die Wahl des Assessment obliegt somit dem behandelnden Arzt. Des Weiteren darf die Erhebung nicht zwingend zu einem stationären oder ambulanten	

					Krankenhausaufenthalt führen, sondern sollte möglichst ambulant beziehungsweise am Ort der Versorgung erfolgen. Telemedizinische Mittel sind hier zu nutzen und einzusetzen soweit dies möglich ist. Kosten/Nutzen Faktor!	
		DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG		KBV, GKV-SV, PatV
		Punkt 5 und 6 streichen	Punkt 6 und 7 streichen		Für eine solche Einschätzung fehlen objektive Meßmethoden und Parameter, so dass am Ende eine subjektive Einschätzung auch zu einer Fehleinschätzung führen kann. Die Fähigkeit zur Adhärenz kann krankheits- sowie tagesformabhängig sein und sollte eher auf Grundlage längerfristiger Betrachtung, zum Beispiel durch die Betrachtung von Pflegeberichten, erfolgen. Bei einigen akuten wie auch chronischen Erkrankungen (z.B. Depression) ist eine solche Erfassung nicht möglich. Der (mutmaßliche) Patientenwille wird initial erfasst. Dieser wird sich nicht von Potenzialerhebung zu Poten-	

					zialerhebung verändern. Daher ist Punkt 8 gänzlich abzulehnen. Ethisch ist die immer wiederkehrende Erhebung dieses Punktes unzumutbar.
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität		
			KBV, GKV-SV, PatV : zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität		
			Die Lebensqualität eines Menschen, ist nicht von einer anderen Person definierbar. Nur eine Selbsteinschätzung darf zulässig sein.		Lebensqualität ist ein sehr subjektiver Aspekt. Auch wenn ein vermeintlich objektivierbares Erfassungsinstrument etabliert wird, kann damit nicht sichergestellt werden, dass bei jedem Versicherten diese korrekt erfasst wird. Eine Einschätzung durch Dritte ist grundsätzlich abzulehnen, da der Spielraum für Subjektivität nach Wirtschaftlichkeitsgründen viel zu hoch ist.
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren		
			Wenn Erfassung, dann immer unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren!		
§ 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.		
			Zustimmung		

§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte

§ 4	Absatz 1		<p>Ergänzung der Aufzählung der Fachärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurochirurgen, - Palliativmediziner, - Hausärzte/ Allgemeinmediziner, - Ärzte mit Zusatzqualifikation zum Atmungstherapeut*in. 		<p>Schon heute fehlen ausreichend Fachärzte der unterschiedlichen Fachdisziplinen in der Behandlung der Patienten der außerklinischen Intensivpflege. Mit Einführung der Richtlinie wird sich dieser Zustand noch verschärfen. Gegenüber den Patienten und Pflegediensten begründen die vorhandenen Ärzte die Ablehnung der Behandlung der Patienten mit mangelnder Vergütung und fehlenden Möglichkeiten der Abrechenbarkeit der Leistungen und Anfahrt.</p>	
§ 4	Abs. 1	Satz 2	<p>KBV, PatV, DKG:</p> <p>5. für Kinder- und Jugendmedizin [.]</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>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</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>	<p>KBV, PatV, DKG</p>	<p>GKV-SV</p>

			Zustimmung			Flächendeckend nicht vorhanden. Führt zu deutlicher Mehrbelastung der Betroffenen Kinder und Eltern.
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Zustimmung			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln,	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.		
			Zustimmung	Streichen	Das Ausklammern von langjährig erfahrenen Hausärzten (die ihre Patienten seit langem kennen) würde die Versorgungskontinuität schwächen (bzw. faktisch unmöglich machen) und die Qualität der Versorgung senken.
§ 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.		
			Streichen	s. Satz 3	
§ 4	Absatz 2				
§ 4	Abs. 2	Satz 1	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte 1. für Innere Medizin und Pneumologie,		

			<p>2. für Innere Medizin und Kardiologie, 3. für Anästhesiologie, 4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuro- pädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.</p>
			Zustimmung
§ 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>
			Zustimmung
§ 4	Absatz 3 bzw. 4		
§ 4	Abs. 3	Satz 1	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>
			Zustimmung

bzw. 4	KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
	Zustimmung			
	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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
		Zustimmung Allerdings plädieren wir für eine 12-monatige Erfahrung Zustimmung PatV (a)		
	PatV zusätzlich: b. in der neurologischen Frühreha Phase B, c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum,			

			<p>d. in einem neuromuskulären Zentrum oder</p> <p>e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>		
			<table border="1"> <tr> <td>Zustimmung, besonders Punkt e)!!</td> <td> <p>Außerklinisches Weaning darf kein Tabu sein, wenn dieser Prozess durch entsprechend qualifizierte Fachärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten eng begleitet und durchgeführt wird. Hierdurch können zusätzliche Belastungen der Versicherten auf ein Minimum reduziert werden und zusätzliche Kosten vermieden.</p> <p>Die Beurteilung einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung sollte möglichst nur durch Fachärzte erfolgen, welche Erfahrungen in der Behandlung im außerklinischen Beatmungsbereich vorweisen.</p> </td> </tr> </table>	Zustimmung, besonders Punkt e)!!	<p>Außerklinisches Weaning darf kein Tabu sein, wenn dieser Prozess durch entsprechend qualifizierte Fachärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten eng begleitet und durchgeführt wird. Hierdurch können zusätzliche Belastungen der Versicherten auf ein Minimum reduziert werden und zusätzliche Kosten vermieden.</p> <p>Die Beurteilung einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung sollte möglichst nur durch Fachärzte erfolgen, welche Erfahrungen in der Behandlung im außerklinischen Beatmungsbereich vorweisen.</p>
Zustimmung, besonders Punkt e)!!	<p>Außerklinisches Weaning darf kein Tabu sein, wenn dieser Prozess durch entsprechend qualifizierte Fachärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten eng begleitet und durchgeführt wird. Hierdurch können zusätzliche Belastungen der Versicherten auf ein Minimum reduziert werden und zusätzliche Kosten vermieden.</p> <p>Die Beurteilung einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung sollte möglichst nur durch Fachärzte erfolgen, welche Erfahrungen in der Behandlung im außerklinischen Beatmungsbereich vorweisen.</p>				
§ 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>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>
			Zustimmung		<p>Somit wird der Aktualisierungszyklus vorgegeben und Liste bleibt aktuell. Es fehlen aber Vorgaben wie die Liste zu erstellen ist und wie die KBV an die aktuellen Daten kommt. Darf ein Arzt,</p>	

					der alle Qualifikationen vorweisen kann, aber in der Liste (noch) nicht aufgeführt ist, trotzdem verordnen?	
§ 4	Absatz 5 bzw. 6				Wir weisen darauf hin, dass in der gesamten Richtlinie nicht nur die exakten Bezeichnungen der ärztlichen Qualifikationen zu verwenden sind, sondern analog auch die exakten pflegerischen Bezeichnungen.	
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1		zu Ziff. 12.: streichen		Der Leistungsort wird ausschließlich durch den Patienten selbst bestimmt! Er kann nicht verordnet werden!	
§ 5	Abs. 1	Satz 3	GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.			
			Ablehnung! alt. Formulierungsvorschlag (s. § 6 Abs. 1 HKP-RiL): <i>„Die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der Verordnung beantragten Leistungen ...“</i>		Aus der ärztlichen Verordnung resultiert die Kostenzusage für den Leistungserbringer und die Genehmigung (bzw. der Anspruch) der pflegerischen Leistung für den Patienten. Die Weiterleitung darf daher nicht der Arzt übernehmen. Denn wie ist der Leistungserbringer bzw. Versicherte abgesichert, wenn Fristen zur Einreichung der Verordnung von Seiten der Vertragsärzte verstreichen? Die gesetzliche Regelung des § 13 Abs. 3a SGBV	

				<p>und die bisherige Regelung des § 6 Abs. 6 HKP-Ril werden damit faktisch konterkariert bzw. der damit bezweckte Schutz der Versicherten bzw. des Leistungserbringers ausgehebelt.</p> <p>Eine Abweichung der grundlegenden Regeln der Beantragung der Leistung durch den Versicherten (als Anspruchsinhaber der Leistung nach § 37c SGB V) ist abzulehnen. Der Versicherte (wie auch der von ihm gewählte Leistungserbringer) muss Kenntnis über den Inhalt der verordneten Leistung haben und dem zustimmen.</p> <p>Die Auswahl des Leistungserbringers ist Patientenwahlrecht nicht Kassenwahlrecht!</p> <p>Die Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse muss daher wie bisher geregelt bleiben.</p>
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Zustimmung	
			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	

			Ablehnung	Dokumentation der Maßnahmen erfolgt bei der Potenzialerhebung. Datenschutz! Inhalte der Potenzialerhebung dürfen ausschließlich dem MD zur Verfügung gestellt werden und nicht der Krankenkasse
§ 5	Absatz 2			Bei Verbleib von Absatz 2 befürchten wir, dass die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte diese Patientengruppe fachärztlich zu betreuen weiter sinkt. Damit sehen wir die Sicherheit der Patientenversorgung maximal gefährdet.
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
				Bei Verbleib von Absatz 2 befürchten wir, dass die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte diese Patientengruppe fachärztlich zu betreuen weiter sinkt. Damit sehen wir die Sicherheit der Patientenversorgung maximal gefährdet. Enormer Arbeitsaufwand
§ 5	Absatz 3		Telemedizinische Untersuchungen müssen möglich sein. Änderung des Satz 2: aber s. § 3 Abs. 5, Satz 2 HKP-RiL als Alternative:	Diese Richtlinie sollte zukunftsfähig sein. Die Einführung von Telemedizin ist sinnvoll und politisch gewünscht. Eine verspätete Ausstellung, die nicht vom Versicherten oder des Leistungserbringers zu verantworten ist,

			„Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig; Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.“	kann nicht zur Leistungsverweigerung für den Patienten und zu finanziellen Lasten des Leistungserbringers gehen.
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5		Streichen!	Der Behandlungsplan mit den medizinischen Daten darf nicht Teil der Verordnung sein und laut Richtlinie-Entwurf an die Krankenkasse übermittelt werden. Dies widerspricht der DSGVO und allen bisherigen gesetzlichen Regeln über die Übermittlung von personenbezogenen Daten. Diese sind ausschließlich an den MD zu übermitteln (Verstoß gegen §§ 275, 276 SGB V).
§ 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	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p> <p>Diese Regelung muss auch für erwachsene Versicherte, bei denen aufgrund der für die AIP zugrundeliegenden Erkrankung nach fachärztlicher Einschätzung ebenfalls kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist, gelten.</p>		<p>Bei klarer negativer Prognose hinsichtlich der Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial muss jedwede belastende, kostenträchtige und nach fachärztlicher Einschätzung unnötige Untersuchung unterbleiben. Eine Beschränkung auf Kinder und Jugendliche ist an dieser Stelle nicht nachvollziehbar.</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>
			streichen, s. oben		<p>Für eine solche Beurteilung gibt es keine objektiven Kriterien.</p>	
			<p>KBV, PatV: hat-soll</p>			

§ 6	Abs. 2	Satz 3	Alternativ muss auch ein telemedizinisches Konsil möglich sein.	Die regelhafte persönliche Untersuchung des Versicherten durch den verordneten Vertragsarzt wird ausdrücklich begrüßt und wird von Seiten der Pflegedienste schon in der Vergangenheit gefordert und gewünscht. Eine solche Untersuchung sollte allerdings – um zusätzliche Belastungen für den Versicherten zu vermeiden – in Form eines Hausbesuchs am Ort der Versorgung erfolgen. Vor dem Hintergrund der strukturellen Schwierigkeiten (viele Hausärzte verweisen auf die nicht auskömmlichen Bedingungen der Hausbesuche) müssten hier Nachbesserungen erfolgen. Auch müssen alle Formen der telemedizinischen Unterstützung für dieser Untersuchungen gefördert und finanziert werden. Auch die Gefahr nosokomialer Infektionen muss hier berücksichtigt werden.
§ 6	Absatz 3			
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 7	Absatz 1		Zustimmung KBV, PatV, DKG: gemäß § 4 Abs. 2 bis 3 im Rahmen des Entlassmanagements	
§ 7	Absatz 2			

§ 7	Absatz 3					
§ 7	Abs. 3	Satz 2	<p>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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.</p> <p>streichen</p>	<p>Im § 3 Absatz 3 wird bereits beschrieben, dass bei aktuell bestehendem Potenzial eine Überführung in die außerklinische Intensivpflege nicht möglich ist.</p>		
§ 7	Absatz 4		<p>Zusätzlich in die Formulierung aufnehmen: „Sobald ... die zuständige Krankenkasse <i>sowie den Versicherten</i> hierüber zu informieren.“</p>	<p>Diese Information muss mindestens zeitgleich auch der betroffene Patient als Anspruchsinhaber des § 37c SGB V erhalten!</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie 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 Auswahl des geeigneten Leistungsor-</p>	<p>PatV: ²Bei 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>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			tes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.			
			streichen (s. Abs. 4, Satz 1) bzw. Ablehnung	Zustimmung, denn das Wahlrecht des betroffenen Versicherten ist unbedingt zu beachten!	<p>Unabhängige Beratung zu allen Leistungsorten muss losgelöst von möglichen wirtschaftlichen Interessen gewährleistet werden. Eine solche Beratung kann demnach nicht durch einen Kostenträger erfolgen.</p> <p>Grundsätzlich darf es keine Einschränkung des Versorgungs- bzw. Leistungsortes geben, da dies eine Grundrechtseinschränkung (z.B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht) darstellt. Die Voraussetzung zur regelrechten Versorgung wird durch die nach § 132I Abs. 5 SGB V zugelassenen Leistungserbringer gewährleistet, die zukünftig ausschließlich AIP erbringen dürfen.</p>	<p>Unabhängige Beratung zu allen Leistungsorten muss losgelöst von möglichen wirtschaftlichen Interessen gewährleistet werden! Der Austausch der Sozialdienste der Kliniken zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern ist eine bewährte und funktionierende Praxis, die an dieser Stelle nicht eingeschränkt werden sollte.</p> <p>Jeder Betroffene bzw. seine Angehörigen haben das Recht auf unabhängige Beratung! Eine Beratung durch</p>

					<p>Ein betroffener Mensch muss an jeden Ort seiner Wahl uneingeschränkt versorgt werden dürfen. Dies darf nicht zur Versagung der Leistung führen.</p> <p>Wir fordern, dass die Einschätzung dessen, ob eine Räumlichkeit als Versorgungsort für den Versicherten geeignet ist, nicht vom Sachbearbeiter der Kostenträger getroffen werden darf.</p>	eine Institution die irgendeinen (finanziellen) Vorteil dadurch erzielen könnte ist grundsätzlich abzulehnen.
§ 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	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 § 132l Absatz 5 SGB V	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>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>		
			<p>streichen</p>	<p>Zustimmung</p> <p>Das Wort "geeigneter" Ort als Begriff streichen. s. auch § 1 Absatz 4 Begründung.</p>		<p>Hier erhält der Versicherte mit Hilfe der Liste einen Überblick, welche potenziellen Leistungserbringer es gibt und kann daraus eine Auswahl treffen. Der Wahlfreiheit des Versicherten (auch zum Versorgungsort) wird dadurch Rechnung getragen.</p>
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6	<p>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.</p>			

		oder 7	Um der Wahlfreiheit des Versicherten auch wirklich gerecht zu werden, sollten immer mehrere Leistungserbringer mitgeteilt werden. Der Versicherte bzw. Angehörige muss die Möglichkeit haben, sich persönlich mögliche Leistungsorte anzusehen, wenn es nicht die eigene Häuslichkeit ist.			
§ 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.			
			Zustimmung			
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			Zustimmung		Geringfügige Veränderungen in den Anspruchsvoraussetzungen dürfen nicht zu unver-	

					hältnismäßigem Mehraufwand führen und soll ressourcenschonend erfolgen.
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen		
			Zustimmung		
§ 7	Absatz 6				
§ 7	Absatz 7				
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege					
§ 8	Absatz 1				
§ 8	Absatz 2		<p>Satz 2, Erweiterung um die Informationsweitergabe an den Leistungserbringer.</p> <p>alt. Formulierungsvorschlag: <i>„Werden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht, oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt, den Leistungserbringer sowie die oder den Versicherten über die Gründe zu informieren.“</i></p>		<p>Eine Nichtberücksichtigung des Leistungserbringers bei der Informationsweitergabe zu geänderten Versorgungsumfängen ergibt keinen Sinn.</p> <p>Die Vorhaltung des notwendigen Personals für die AIP ist wesentliche Grundlage der Möglichkeit der Leistungserbringung. Nur in Kenntnis des Umfanges der Genehmigung kann sich der Leistungserbringer darauf einstellen und sein Personal entsprechend disponieren.</p>

					Unklar in dem Entwurf ist auch, wie der Leistungserbringer überhaupt zu informieren ist, durch den Versicherten oder aber durch den Vertragsarzt? Von der bisher gelebten Praxis, der Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer sollte zukünftig auch in der AIP nicht abgewichen werden.	
§ 8	Absatz 3					
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			Zustimmung		Unbedingt aufnehmen! In der Praxis realistischer, nach derzeitiger Regelung erstellt der Arzt nach Besuch des Patienten in der Praxis die VO, verschickt diese dann müssen Patient/Betreuer und Leistungserbringer noch unterzeichnen und diese weiterleiten.	
§ 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,		
			Zustimmung		
§ 9	Absatz 2		Satz 2 o. 3:	Es wird hier auf die "geeignete Pflegefachperson" nach Absatz 6 verwiesen. Der Absatz 6 beinhaltet aber Regelungen zur Rückzugspflege und Zu- und Angehörige. Hier scheint ein Fehler vorzuliegen (oder es ist schlicht redaktionell schlecht formuliert?). Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass in dieser Richtlinie nicht die Qualifikationen der Leistungserbringer zu regeln sind. Dies darf ausschließlich in der Bundesrahmenempfehlung nach § 132I Abs. 2, Nr. 1 SGB V geschehen. Dem G-BA fehlt hierzu die gesetzliche Befugnis.	
§ 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.		
			Ablehnung		

				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.
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4	Streichung des Abs. 4		<p>Sowohl im Rahmen der regelmäßigen Potentialerhebungen als auch im Zusammenhang mit der dauerhaften fachärztlichen Begleitung und Behandlung der Versicherten müssen Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung „ambulant“ möglich sein.</p> <p>Nur so, kann auch schon in der AKI eine schrittweise Reduzierung der Beatmungstunden, immer in Absprache mit den behandelnden Ärzten, durchgeführt werden.</p> <p>Nicht zuletzt, um stationäre Aufenthalte in diesen Zusammenhängen zu vermeiden bzw. auf einen möglichst kurzen Zeitraum zu begrenzen (nosokomiale Infektionen, Belastungen durch Transport und Ortswechsels, etc.).</p>

§ 9	Absatz 5		streichen	<p>Bereits aus dem Wortlaut des § 37c Abs. 1, Satz 8 SGB V und § 132I Abs. 2, Nr. 1 und 2 SGB V lässt sich entnehmen, dass der GBA nicht befugt ist, dazu Inhalte festzulegen bzw. zu regeln. Der GBA bestätigt das eigentlich mit seinem Verweis auf § 132I Abs. 1 SGB V auch selbst.</p> <p>Der GBA ist erst recht nicht befugt, den Kreis dieser Orte zu beschränken oder Anforderungen an diese zu stellen, die das Gesetz nicht enthält. Daher fehlt ihm auch insofern die Rechtssetzungsbefugnis, um z.B. bauliche Rahmenbedingungen zu sprechen.</p>
§ 9	Abs. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern</p> <p>Ablehnung bzw. Streichung</p>	<p>Gerade bauliche Anforderungen sind Ordnungsrecht und damit in der Gesetzeskompetenz der Länder.</p> <p>Ordnungsrechtliche sowie organisatorische Maßnahmen fallen daher in der Zusammenfassung nicht in den Regelungsbereich des GBA, sondern sind über die zukünftige Bundesrahmenempfehlung, bzw. im Ordnungsrecht über Landesgesetzgebung zu regeln.</p>

					Grundsätzlich müssen Regelungen des Bestandschutzes zur Sicherstellung der Versorgung aufgenommen werden.	
§ 9	Absatz 6					
§ 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 Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im	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 beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			Einzelfall notwendig und erwünscht ist.			
				Zustimmung		Sorgt für sichere Versorgungsstruktur auch bei Erkrankung bzw. Ausfall des pflegenden Angehörigen.
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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 Durch-	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

			führung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
			Zustimmung		Legt zwar klar die Verantwortlichkeit fest, ist aber fernab jeglicher Realität. Ärzten wird mit dieser Verantwortung die Versorgung der Patientengruppe noch unattraktiver gemacht.
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung		
			Zustimmung		Wir befürworten multiprofessionelle Fallbesprechungen. Nicht geregelt ist, wer für diese Teambesprechungen verantwortlich ist, sie organisiert und wie sie dokumentiert wird. Sollten diese Teambesprechungen verpflichtend sein, muss die Finanzierung geregelt sein und im Rahmen der Verhandlungen der Leistungserbringer im Rahmen der unproduktiven Zeiten angemessen berücksichtigt werden.

			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Zustimmung			
§ 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
			Zustimmung	Ablehnung	Bei der Verpflichtung zu Kooperationen muss ein beidseitiger Kontrahierungszwang bestehen. D.h., dass die Spezialeinrichtungen verpflichtet sind mit allen Leistungserbringern nach §132I Kooperationen einzugehen	Bei der Verpflichtung zu Kooperationen muss ein beidseitiger Kontrahierungszwang bestehen. D.h., dass die Spezialeinrichtungen verpflichtet sind mit allen Leistungserbringern nach §132I Kooperationen einzugehen
§10	Abs. 1	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			

	bzw. 2					
§ 10	Absatz 2 bzw. 3					
§ 10	Absatz 3 bzw. 4					
§ 10	Absatz 4 bzw. 5		alt. Formulierung: <i>„Insbesondere bei Anzeichen, die auf ein sicheres Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert der Leistungserbringer nach §132I SGB V die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt.“</i>		Die Entwicklung eines solchen Potenzials ist ein Prozess, der einen gewissen Zeitraum in Anspruch nimmt. „Unverzüglich“ ist somit kein geeignetes Wort.	
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			Ablehnung	Zustimmung		

§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.			
			Ablehnung	<i>alt. Formulierung: "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. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen."</i>	Wenn ein Patient bzw. dessen An- und Zugehörigen pflegerische Tätigkeiten ohne prof. Leistungserbringer übernehmen wollen, ist das deren Entscheidung und nicht die eines Arztes. Eine Information an den Arzt bzw. Kostenträger erfolgt durch den Versicherten oder den Leistungserbringer.	Satz 3 streichen Eine Information an den Kostenträger erfolgt durch den Versicherten oder den Leistungserbringer.
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7		KBV, PatV: ¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende	DKG, GKV-SV: ¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

	bzw. 8		Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
			Zustimmung	Ablehnung	Telemedizin darf nicht ausgeschlossen werden	
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:	
		Ablehnung	Zustimmung		Der Behandlungsplan kann nicht Bestandteil der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer intensivpflege sein. Grundsätzlich fehlt es dem G-BA diesbezüglich an der Regelungsbefugnis.	
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte		GRUNDSÄTZLICH MÖCHTE WIR FOLGENDEN INHALTEN EIN BESONDERES GEWICHT VERLEIHEN: 1. Fachärzt*innen & Verordnung: Der ausschließliche Einsatz von besonders qualifizierten Fachärzt*innen stellt ein großes Problem für die Versorgungslandschaft dar. Schon jetzt ist es den Betroffenen, besonders den Beatmungspatienten, nahezu unmöglich, Fachärzt*innen für ihre medizinischen Betreuung zu finden. Besonders in ländlichen Regionen haben schon nicht-beatmete Versicherte große				

Ihrer Stellungnahme.

Not, Termine bei Fachärzt*innen zu vereinbaren. Fachärzt*innen, die Hausbesuche anbieten - häufig die einzige Möglichkeit für die betroffene Klientel - sind noch seltener. Der Kreis der (Fach-)Ärzte sollte also in jedem Fall um die der behandelnden Hausärzte erweitert werden.

Des Weiteren bewähren sich schon jetzt telemedizinische Konsile, die jedoch in der AKI bisher nur innerhalb von forschungsfinanzierten Pilotprojekten (z.B. MeSiB) stattfinden. Die Refinanzierung sollte an anderer Stelle dringend geklärt werden. Wenn höhere Anforderungen an die fachärztliche Versorgung gestellt werden und davon die weitere Verordnung der AKI abhängig gemacht wird, müssen die Infrastruktur dafür auch vorliegen. Eine entsprechende Finanzierung von spezialisierten MZEB (<https://bagmzeb.de/mzebs-finden/>) könnte eine weitere Lösung für eine bessere Infrastruktur sein.

2. stationäre und ambulante außerklinische Intensivpflege

Das IPReG sieht vor, die betroffenen Patient*innen um entsprechende Leistung von Eigenanteilen in stationären Einrichtungen (die nach §43 SGB XI Leistungen erbringen) zu entlasten, um die Wahl der Einrichtung nicht von wirtschaftlichen Gründen abhängig zu machen. Diese Anwendung sollte auch im Bereich der ambulanten außerklinischen Intensivpflege gleichgesetzt werden. Die Eigenanteile, die auf Grund der Kostenabgrenzungs-Richtlinie entstehen (Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben nach § 17 Abs. 1b SGB XI vom 16.12.2016), sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, müssen gleichberechtigt berücksichtigt werden. Ansonsten würde sich die unter „Besonderer Teil“ Absatz 3 genannte Negativanreiz für die Betroffenen einfach nur umkehren. Die Entscheidung aufgrund der Qualität der Versorgung, oder der wohnortnähe, würden möglicherweise hinter den wirtschaftlichen Gründen für oder gegen die Wahl einer Einrichtung sprechen.

3. Übergangsfristen

Wünschenswert wären daher Übergangsfristen bei Wegfall der Voraussetzungen für außerklinische Intensivpflege im ambulanten Bereich eine zeitlich gleichlautende Übergangsfrist zur Sicherstellung der pflegerischen Weiterversorgung, wie sie

	<p>in §37c Abs. 3 SGB V (stat. Versorgung) vorgesehen ist. Der Gesetzgeber ist daher zwingend aufgerufen, die Regelung des §37c Abs. 3 SGB V dahingehend anzupassen.</p>
--	--

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 Beschlusssentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

		Paritätischer Gesamtverband e. V.	
		23.07.2021	
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	Der Paritätische unterstützt ausdrücklich die Ausführungen der PatV zur Heterogenität der Personengruppen, die der außerklinischen Intensivpflege bedürfen. Allen Patientengruppen mit Anspruch auf AKI ist gemeinsam, dass sie bei lebensbedrohlichen Situationen, die jederzeit unvorhersehbar auftreten können, sofortiger pflegerische und/oder ärztliche Interven-	

			<p>tion bedürfen. Mit der Richtlinie ist somit sicherzustellen, dass der bisherige Rechtsanspruch auf Versorgung bei besonders hohem Bedarf an med. Behandlungspflege nicht auf den großen Patientenkreis der beatmeten, trachealkanülierten Personen im weiteren Sinne und auf solche beatmeten Personen, für die im engeren Sinne ein Weaning-Potenzial besteht, eingegrenzt werden darf. Nach den Übergangsregelungen soll in der Richtlinie mit Wirkung zum 31.12.2023 die Verordnung nach Nr. 24 der derzeitigen HKP-Richtlinie von „spezieller Krankenbeobachtung“ gestrichen werden. Damit würde der Personenkreis, der künftig Anspruch auf AKI hat, unzulässig beschränkt werden. Beispiele sind z.B. Menschen mit schweren epileptischen Erkrankungen, bei denen jederzeit lebensbedrohliche Schluckstörungen auftreten können.</p>	
§ 1	Abs. 1	Satz 3	<p>PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte</p> <p>Unterstützung Vorschlag PatV</p>	<p>Satz 3 i.d.F. der PatV bringt zum Ausdruck, dass med. Behandlungspflege zwar überwiegend eine Vorbehaltstätigkeit von Pflegefachkräften ist, dass jedoch einfache med. behandlungspflegerische Maßnahmen auch von Pflegekräften unter Verantwortung der PDL durchgeführt werden können. Satz 3 beschreibt somit die med. Behandlungspflege im Allgemeinen, während der darauffolgende Satz 4 zu Recht ausführt,</p>

				dass AKI eine Vorbehaltstätigkeit von Pflegefachkräften sein muss.
§ 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.	
			<u>Ergänzung:</u> ⁵ Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind. Auch Pflegefachkräfte ohne Qualifizierung können in die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege eingebunden werden.	Aus Sicht des Paritätischen müssen auch Pflegefachkräfte ohne Qualifizierung für außerklinische Intensivpflege in die Versorgung mit einbezogen werden. Aufgrund des Personalmangels ist andernfalls zu erwarten, dass Menschen nicht mehr häuslich versorgt werden können und gegen ihren Willen in stationären Einrichtungen untergebracht werden. Auch können über diese Möglichkeit Pflegekräfte ein weiteres Tätigkeitsfeld kennenlernen und Interesse entwickeln, sich für dieses entsprechend weiter zu qualifizieren (trotz hoher Kosten).
§ 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).
<ul style="list-style-type: none"> - Streichung des Wortes „geeignet“, - Streichung der Worte „regelmäßig wiederkehrend“ unter 2. und - Streichung des Absatzes 3.: <p>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 			<p>Der Begriff „geeignet“ ist nicht definiert und führt zu willkürlichen Bewertungen. Bei der Bewertung, ob ein*e Patient*in außerklinisch betreut werden kann, muss auch der Wunsch und die Vorstellungen der Patient*in eine zentrale Rolle spielen. Es gibt neben Wachkomapatient*innen viele Patient*innen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf, die ihre Wünsche und Bedürfnisse klar erkennen und äußern können. Die Selbstbestimmung der Patient*innen darf keinesfalls unklaren Vorschriften und willkürlichen Bewertungen durch Ärzt*innen und Krankenkassen zum Opfer fallen.</p> <p>Darüber hinaus führt die Voraussetzung, dass Menschen geeignete Orte „regelmäßig wiederkehrend“ aufsuchen müssen, zu einer starken Einschränkung der Selbstbestimmung von Menschen mit einem außerklinischen Intensivpflegebedarf. Auch diese Menschen</p>

			<p>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>	<p>haben einen Anspruch darauf, ihren Bewegungsspielraum frei und uneingeschränkt nach ihren Wünschen und Möglichkeiten nutzen zu können. Diese Möglichkeiten dürfen nicht durch Vorgaben eingeschränkt werden, wonach Betroffene immer wieder dieselben Orte aufsuchen müssen. Insbesondere mit Blick auf den Freizeitbereich ist dies nicht hinnehmbar.</p> <p>Der dritte Absatz schränkt die Verordnungsmöglichkeiten unnötig ein und steht dem Selbstbestimmungsrecht der/des Patient*in entgegen. Aus unserer Sicht reichen die beiden ersten Absätze aus, um sicherzustellen, dass außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann - insbesondere die Voraussetzung in Absatz 2, wonach „die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann“.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>Wird grundsätzlich abgelehnt, jedoch ist für begründete Ausnahmefälle die Möglichkeit einer Verordnung während eines Aufenthaltes in einer Einrichtung aufzunehmen.</p>	<p>Außerklinische Intensivpflege ist grundsätzlich eine ambulante Leistung, weshalb sie weder während eines Krankenhausaufenthalts noch bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung oder bei Rehaaufenthalt</p>

			<p>Änderung von Satz 3:</p> <p>In begründeten Ausnahmefällen kann von Absatz 5 Satz 1 und 2 abgewichen werden und eine Verordnung erfolgen.</p>	<p>verordnet werden kann. In begründeten Ausnahmefällen sollte dies jedoch möglich sein, um die Versorgungskette sicherzustellen.</p>
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf 24 Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	<p>Wird hier keine angemessene, ausreichend lange Übergangsfrist für die Organisation der Versorgung im außerklinischen Bereich gewährt (z. B. in der Häuslichkeit), bedeutet dies die Unterbringung und Versorgung der Betroffenen in stationären Einrichtungen – auch gegen den Willen der Betroffenen. Dies ist nicht begründ- und hinnehmbar. In der Übergangsfrist muss dabei nicht nur eine Frist für Betroffene berücksichtigt werden, die für die Organisation der Versorgung im außerklinischen Bereich benötigt wird, sondern auch eine Frist vorgesehen werden, die die Leistungserbringer</p>

					benötigen, um die notwendigen Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V zu verhandeln und abzuschließen.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspekti-</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

				vischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
				(3) ² Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung sollen diese Potenziale im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden. ¹ Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht in diesen Fällen eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung.		Aus Sicht des Paritätischen spielt die Erhebung der perspektivischen Potenziale und deren Ausschöpfung zur Dekanülierung, der Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder der Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung eine wesentliche Rolle für den späteren Erfolg ebendieser Maßnahmen. Eine Dekanülierung, eine Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder eine Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung bedeutet für betroffene Menschen eine wesentliche Verbesserung der Lebensumstände und des Wohlbefindens und sollte damit ein handlungsleitendes Ziel in der Behandlung und Versorgung darstellen.
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege						
§ 3	Absatz 1					

§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	--	--	---	-----	-------------	------

			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.	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.	einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
					Unterstützung Position PatV,			Die Richtlinie darf auch künftig nicht nur beat-

					<p>jedoch Streichung des Begriffs „täglich“:</p> <p>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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein</p>		<p>mete und trachealkanülierte Versicherte adressieren. Eine Verengung auf den Personenkreis der beatmungspflichtigen Personen würde den bisherigen Rechtsanspruch auf „spezielle Krankenbeobachtung“ nach Nr. 24 der HKP-Richtlinie ansonsten unzulässig konterkarieren. Auch Patientengruppen, die nicht täglich, aber regelmäßig und vor allem unvorhersehbar, Bedarf an pflegerischer und/oder med. Intervention aufgrund lebensbedrohlicher Störungen ihrer Vitalfunktionen haben, müssen weiterhin Anspruch auf AKI haben. Beispiele sind Patient*innen mit schwerer Epilepsie und lebensbedrohlichen Schluckstörungen o-</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

					<p>vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>		<p>der Versicherte mit apallischem Syndrom, bei denen das Tracheostoma geschlossen wurde, die aber dennoch weiterhin Schluckstörungen haben, die zwar nicht täglich, aber immer wieder die sofortige Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen.</p> <p>Zudem muss der Rechtsanspruch auf AKI auch nach erfolgreichem Weaning nach der Besonderheit des Einzelfalls bestehen, zum einen zur Nachsorge, zum anderen, weil z.B. gerade auch Kinder nach einer Phase, in der sie wieder selbständig atmen konnten, wieder beatmet werden müssen, z.B. in Folge eines Infekts. Die individuellen Umstände der Patient*innen</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

							müssen daher von den Formulierungen der Richtlinie abgedeckt sein.
§ 3	Absatz 2						
§ 3	Absatz 3						
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 Beat-</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>mungsentwöhnung 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</p>			
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					

§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
			Die Position GKV/KBV wird unterstützt.		Die frühzeitige Prüfung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmung bzw. vollständigen Dekanülierung soll ein zentrales Therapieziel sein.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			
			Die Position GKV-SV, KBV, DKG wird unterstützt.	Eine regelmäßige Erhebung der Potenziale verbessert die Versorgung von Langzeitbeatmeten. Eine solche Erhebung sollte spätestens alle 6 Monate erfolgen.		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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.			
			Die Position der PatV wird ausdrücklich unterstützt.	Die Richtlinie muss die Situation derjenigen Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankungen kein Potenzial zur Dekanülierung oder Entwöhnung aufweisen, besser be-		

					<p>rücksichtigen. Daher bedarf es einer expliziten Aufnahme der Ausnahmen von der Ausschöpfung des Weaningpotenzials in den Sätzen 10 und 11. Eine regelmäßige Prüfung des Weaning-Potenzials bei Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankungen lebenslang keinerlei Potenzial aufweisen (z. B. degenerative Muskelerkrankungen wie ALS), ist für diese Patient*innen sogar eine psycho-soziale Belastung, die es im Sinne der Lebensqualität und der Stärkung des Selbstbilds zu vermeiden gilt. Eine solche regelmäßige Überprüfung ist auch medizinisch nicht zumutbar, da sie überwiegend mit Einweisung ins Krankenhaus verbunden sein wird, da es nicht genügend qualifizierte niedergelassene Ärzte insbesondere in ländlichen Regionen gibt. Dies stellt eine unzumutbare Härte für die Betroffenen dar. Es reicht aus, wenn die Ärzt*innen im Behandlungsplan erheben, wann sich der Versicherte zwecks Therapiekontrolle erneut vorstellen 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			
Die Position PatV wird unterstützt.		Wie bereits ausgeführt, weist nicht jeder Patient, der Anspruch auf eine Verordnung von AKI hat, eine Indikation zur Beatmung auf.	
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
Position von KBV/GKV-SV und PatV wird unterstützt.			
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			
			Die Position KBV, GKV-SV, PatV wird unterstützt.		Der Patientenwille muss eine zentrale Rolle spielen in der Versorgung und Behandlung und muss entsprechend erhoben und festgestellt werden.	
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			Die Position KBV, GKV-SV wird unterstützt.		Ein Ethik-Fallgespräch ist nichtregelmäßig, aber ggf. notwendig.	
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Unterstützung der Position PatV.			
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			Unterstützung der Position PatV.		Für die Lebensqualität spielen die psycho-sozialen Faktoren eine große Rolle.	
§ 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).			

			<p>Die Position DKG/KBV/PatV wird unterstützt.</p>		<p>Mit der Beschreibung im OPS liegt bereits eine Regelung der Anforderungen an die Potenzialerhebung im Rahmen des Entlassmanagements vor. Insoweit reicht ein Verweis auf den OPS aus und es ist nicht notwendig, für dieses Setting in der vorliegenden Richtlinie Regelungen zu treffen. Für die Anwender*innen im Krankenhaus gewährleistet der dynamische Verweis Rechtssicherheit und Verständlichkeit. Mit ihm werden zeitaufwändige bürokratische Abgleiche vermieden und eine Konsistenz des Leistungsgeschehens erreicht. Es besteht keine Notwendigkeit, dass der GBA für die stationäre Leistungserbringung von der amtlichen Klassifikation abweichende -Vorgaben festlegt.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

§ 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 Aspirationsscreening 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: ²Bei 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 Ab-	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>satz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			<p>Der Vorschlag KBV/PatV/DKG wird unterstützt</p>		<p>Kinder- und Jugendärzt*innen sind Teil der hausärztlichen Versorgung, insofern kommt ihnen bei der Verordnung von AKI eine Schlüsselrolle zu (zur Begründung der Einbeziehung der Hausärzt*innen s. unten).</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</p>	GKV-SV:	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 und8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter <p>verfügen.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

			<p>Der Vorschlag KBV/DKG/PatV wird unterstützt.</p>	<p>Hausärzt*innen sind unbedingt in die Versorgung einzubeziehen, weil sie die Lebensumstände ihrer Patient*innen kennen und den Bedarf an AKI gut einschätzen können. Sie müssen daher in die Versorgung von Intensivpflegepatient*innen einbezogen werden.</p>
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>	
			<p>Vorschlag GKV wird abgelehnt.</p>	<p>Eine solche Voraussetzung setzt die bürokratischen Hürden so hoch, dass sich keine niedergelassenen Ärzt*innen mehr finden. Dies wiederum gefährdet die Versorgung von Patient*innen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege im gewünschten Setting, und bedeutet für diese Patient*innen eine Unterbringung und Versorgung in stationären (Pflege-)Einrichtungen – gegen ihren Willen. Insbesondere im Hinblick auf Selbstbestimmung und Lebensqualität ist dies nicht hinnehmbar.</p>

§ 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> <p>Grundsätzlich weist der Paritätische darauf hin, dass die Richtlinien nicht abschließend regeln darf, welche Arztgruppen besonders für die Verordnung von AKI qualifiziert sind, da der Gesetzgeber keine abschließende Regelung getroffen hat.</p>
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	
§ 4		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>

	Abs. 2 bzw. 3					
§ 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 Anesthesiologie,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
				Vorschlag KBV/DKG/PatV wird unterstützt.		Eine mindestens 18monatige Erfahrung und Fach-

						kompetenz in der Beatmungsentwöhnung in einer spezialisierten Weaning-Einheit ist sachgerecht; die von der GKV geforderte mindestens 3jährige einschlägige Tätigkeit hingegen setzt die Qualifikationsanforderungen zu hoch an.
			<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. 			
§ 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>			

			Vorschlag DKG/KBV/PatV wird unterstützt.		Mit der entsprechenden Beschreibung im OPS liegt bereits eine Regelung der Anforderungen an die Potenzialerhebung im Rahmen des Entlassmanagements vor. Insoweit reicht ein Verweis auf den OPS aus und es ist nicht notwendig, für dieses Setting in der vorliegenden Richtlinie Regelungen zu treffen. Für die Anwender*innen im Krankenhaus gewährleistet der vorliegende dynamische Verweis Rechtssicherheit und Verständlichkeit. Mit ihm werden zeitaufwändige bürokratische Abgleiche vermieden und eine Konsistenz des Leistungsgeschehens erreicht.	
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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	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.	PatV, GKV-SV	KBV

			kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.			
			Der Vorschlag PatV/GKV-SV wird unterstützt.		Die barrierefreie Veröffentlichung der besonders für die AKI qualifizierten Vertragsärzt*innen ist insbesondere für den Personenkreis der Menschen mit Behinderung zentral. Daher muss Barrierefreiheit ein Kriterium für die Veröffentlichung sein.	
§ 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.			

			Ergänzung zum Vorschlag des GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse sowie an den Leistungserbringer.	Zur Vereinfachung der bürokratischen Abläufe sollten Ärzt*innen die Verordnung über AKI ebenfalls direkt an den Leitungserbringer senden, falls dieser bereits bekannt ist.
§ 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		Die Befristung der Erstverordnung auf 5 Wochen ist abzulehnen. Die Frist ist zu kurz bemessen. Im Falle dass die Krankenkassen die Folgeverordnung ablehnen, können Versorgungslücken bei der Anschlussversorgung entstehen, mit gravierenden Folgen für die Betroffenen.	
§ 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 Vorschlag der PatV wird unterstützt. Ergänzung des folgenden Satzes:	Eine längere Folgeverordnung ist insbesondere beim Personenkreis von Kindern und Jugendlichen indiziert, wenn ein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial

			<p>Die Folgeverordnung soll auch dann für längstens 12 Monate ausgestellt werden können, wenn bei erwachsenen Versicherten kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist.</p>		<p>besteht oder auch, wenn der/die Patient*in nicht beatmet oder trachealkanüliert ist. Zusätzliche Arztbesuche, die nicht notwendig sind, stellen insbesondere für Kinder und Jugendliche eine hohe Belastung dar, die es zu vermeiden gilt, wenn sie nicht medizinisch erforderlich sind.</p> <p>Da die Fallkonstellation, dass Patient*innen nicht entwöhnt oder dekanüliert werden können, auch bei Erwachsenen vorliegen kann, sollte für diese Fallkonstellation gleichermaßen die Möglichkeit einer für 12 Monate geltenden Folgeverordnung gegeben sein.</p>	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.</p>	<p>PatV: [streichen]</p>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	<p>KBV, PatV: hat soll</p> <p>Die Position von KBV/PatV wird unterstützt. Zu ergänzen ist:</p>		<p>Televisiten mit Telemonitoring können die Weiterbetreuung in der Häuslichkeit unterstützen, sofern technisch möglich und von den Versicherten gewünscht, z.B.</p>	

			Unabhängig von der Dauer der Verordnung soll die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt regelmäßig den Zustand der oder des Versicherten auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung oder im Rahmen von Telemonitoring überprüfen.“	um Probleme bei der Abweichung von im Behandlungsplan definierten Grenzwerten zeitnah beheben zu können oder auch, um Fallkonferenzen durchführen zu können.
§ 6	Absatz 3			
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 7	Absatz 1			
§ 7	Absatz 2			
§ 7	Absatz 3			
§ 7	Abs 3	Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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.	
			Der Vorschlag der KBV, GKV-SV, PatV wird unterstützt	Der Paritätische unterstützt die Position von KBV, GKV-SV, PatV bei vorliegendem Potential bereits im Krankenhaus einen Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung zu unternehmen.
§ 7	Absatz 4			

§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Der Vorschlag PatV wird unterstützt.		Um Versorgungsbrüche nach Krankenhausentlassung zu vermeiden, z.B. aufgrund von Differenzen in Bezug auf den geeigneten Leistungsort oder fehlende Leistungskapazitäten, ist ein strukturiertes gemeinsames Vorgehen	

						von Krankenhaus, Krankenkasse und Leistungserbringern nach § 132I SGB V bereits im Vorfeld der Entlassung notwendig. Eine zentrale Rolle dabei muss der Wunsch der/des Patient*in spielen (z. B. ob die Versorgung mit AKI in der Häuslichkeit oder in einem Pflegeheim erfolgt).
§ 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 §	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 Versorgungsver-	GKV-SV, KBV	DKG

			132I Absatz 5 SGB V bestehen.	träge 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		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			

			Position DKG wird unterstützt.		Es ist sinnvoll, dass die Krankenkasse den Versicherten unterstützt, nicht nur geeignete Leistungserbringer, sondern auch solche mit Versorgungskapazitäten zu benennen.	
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
				Position GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.		

						„im Wesentlichen“ unveränderte Voraussetzungen lässt viel Interpretationsspielraum und birgt somit Konfliktpotenzial.
§ 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

			Die Position von DKG/KBV/PatV wird unterstützt.		Es braucht ausreichend Zeit für die Suche nach einem geeigneten Leistungserbringer. Die von der GKV vorgeschlagenen 3 Arbeitstage sind deutlich zu kurz bemessen, fünf Tage sind evtl. auch nicht ausreichend, je nach Region.	
§ 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.			

§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der 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. ³Im Rahmen der au-</p>	<p>PatV:</p> <p>¹Im 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</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Berlinischen 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>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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>		
				<p>Die Position der PatV wird unterstützt.</p>		<p>Das Konzept der Rückzugspflege, das von GKV/KBV und DKG unterstützt wird und das eigentlich ein Begriff aus der HKP ist, darf nicht dazu führen, dass die Versorgung auf An- und Zugehörige verlagert wird</p>

						und der Leistungsanspruch eingeschränkt wird. Zudem widerspricht das Konzept der Rückzugspflege 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.
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					

§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: [Absatz streichen]	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
			Die Position von KBV/DKG und PatV zur Streichung des Absatzes 1 wird unterstützt.		Für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit AKI bedarf es der Zusammenarbeit von ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Fachpersonal auf Augenhöhe und im Rahmen eines Netzwerkgedankens. Dies kommt im	

					nachfolgenden Absatz zum Ausdruck.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Die Position der PatV wird unterstützt.		Der aktiven Beteiligung des Versicherten kommt für die Adhärenz und den Therapieerfolg eine ganz entscheidende Rolle zu.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Die Position der PatV wird unterstützt. Änderung des Begriffs „medizinische Behandlungspflege“ in „Versorgung“: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege Versorgung beteiligten An- und Zugehörigen		Teambesprechungen sollten auch unter Beteiligung der An- und Zugehörigen erfolgen. Dies gilt vor allem bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.	
§ 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
			Die Position von KBV/DKG/PatV wird unterstützt.		Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen sollten erfolgen, wo geboten, aber nicht verpflichtend	

					sein, wie vom GKV-SV gefordert. Andernfalls kann diese Verpflichtung zu einer großen Hürde werden, die Versorgung im Sinne des Versicherten zu gestalten, ohne, dass hierfür medizinische Indikationen vorliegen. Die Folge ist eine stationäre Unterbringung und Versorgung des Versicherten z. B. in einem Pflegeheim - gegen dessen Willen.	
§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		Satz 2	GKV-SV, DKG:	KBV, PatV:	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

	Abs. 4 bzw. 5		² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	² 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.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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	PatV: ¹ 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.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>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>		
				<p>Die Position der PatV wird unterstützt.</p>		<p>Das Konzept der Rückzugspflege, das von GKV/KBV und DKG unterstützt wird, darf nicht dazu führen, dass die Versorgung auf An- und Zugehörige verlagert wird und der Leistungsanspruch eingeschränkt wird. Die Position der PatV bringt</p>

						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.
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	KBV, PatV	DKG, GKV-SV
			Die Position von KBV/PatV wird unterstützt.			
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:

		<p>Die Position von PatV/KBV/DKG wird unterstützt.</p>		<p>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.</p>
<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>				



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 Beschlusssentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

	Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.	
	Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein	
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	
	Die Ergänzung der PatV wird unterstützt.	Der SoVD verweist auf die Definition in § 2 Abs. 1 HKP-RL und bekräftigt die Argumentation der PatV in den Tragenden Gründen.

§ 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 ist entbehrlich.	Arg.: § 1 Abs. 1 Satz 4 „nur durch geeignete Pflegefachkräfte“ i.V.m. Satz 5 oder 6 der RL (Verweis auf die Rahmenempfehlungen nach § 132i SGB V. Der Zusatz „besonders qualifiziert“ ist ebenso unbestimmt wie die Bezeichnung „geeignet“ und daher ohne klärenden Mehrwert.
§ 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). 	

			Die Ergänzung ist zu streichen.	Ergänzung ist nicht von der Ermächtigungsnorm des § 37 c Abs. 1 Satz 8 SGB V umfasst.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			Die Änderung wird unterstützt.	Die Prüfungspflicht der Kassen im Einzelfall (Satz 3) unterstreicht die Notwendigkeit eines eingeschränkten Ermessensspielraum in solchen Fällen.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				

§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Wir befürworten die Ergänzung der GKV-SV, KBV und PatV.					
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die stän-	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>dige 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,</p>	<p>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 sein kann, wobei die ge-</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

				wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	nauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
					Die Position der PatV wird geteilt.			Eine hohe Wahrscheinlichkeit einer Intervention mit einer täglichen unvorhersehbaren Erforderlichkeit impliziert eine letzte Ungewissheit, die durch den Formulierungsvorschlag „sein kann“ berechtigt zum Ausdruck kommt, denn es ist denkbar, dass eine Intervention mit hoher Wahrscheinlichkeit erforderlich sein kann, letztlich aber doch nicht durchgeführt werden muss.
§ 3	Absatz 2							

§ 3	Absatz 3					
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>	GKV-SV, KBV	PatV

			ten in einer der vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
				Wir befürworten die Position der PatV.		Die in der Begründung der PatV dargelegten Erwägungen werden geteilt.
§ 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.			
			Die Ergänzung der PatV wird unterstützt.	Die Argumentation der PatV in den Tragenden Gründen wird geteilt.		
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3		Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

	Abs. 5 bzw. 6		Die Formulierung wird befürwortet.		„Potential“ ist die Fähigkeit eines Menschen etwas zu leisten, was ein „Mehr“ gegenüber der bloßen „Realisierbarkeit“ im Sinne einer Möglichkeit darstellt. Ergänzend wird auf die Ausführungen in den Tragen den Gründen verwiesen.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			
			Die Ergänzung wird kritisiert.		Angesichts der Regelungen in Satz 4 („nicht älter als 3 Monate“) i.V.m. 8 oder 9: („Mindestens einmal jährlich muss diese (Erhebung) durchgeführt werden.“) sehen wir eine weitergehende Einengung des zeitlichen Rahmens nicht notwendig.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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.			
			Die Ergänzung der PatV wird befürwortet.		Die in der Begründung der PatV dargelegten Erwägungen werden uneingeschränkt geteilt.	

§ 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		
			Die Formulierung der PatV wird befürwortet.					
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation					
			Die Ergänzung der PatV wird befürwortet.					
			DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV		
				Die Position wird geteilt.				
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					

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

	Abs. 7 bzw. 8		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).					
			Es wird die Position der PatV befürwortet.					
§ 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:		
			Die Formulierung der PatV wird unterstützt.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen der PatV werden geteilt.			
			PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationsscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])	PatV, DKG	KBV, GKV-SV		
			Die Ergänzung wird unterstützt.					
			DKG:	KBV, GKV-SV, PatV:	DKG	KBV, GKV-SV, PatV		

			5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens		
				Die Ergänzung von KBV, GKV-SV und PatV wird unterstützt.		
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität			
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Wird ausdrücklich unterstützt.			
			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.			
			Wird ausdrücklich unterstützt.			
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV		
			Die Ergänzung der KBV, PatV und DKG wird befürwortet.		Es wird auf die entsprechende Begründung verwiesen.			
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.					
			Die Ergänzung der PatV wird mitgetragen.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen der PatV werden geteilt.			

§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <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 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
-----	--------	--------	---	---	----------------	--------

				verfügen.		
				Wird befürwortet.		s.o.
§ 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.			
			s.o. zu § 4 Abs. 1 S.3		s.o.	
§ 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>			
			Die Ergänzung wird befürwortet.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.	

§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1		
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ²Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	
			Die Ergänzung wird befürwortet.	Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.
§ 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,	
			Die Ergänzung wird befürwortet.	Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,	
			Die Ergänzung wird befürwortet.	Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung
				GKV-SV
				KBV, DKG, PatV

			Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	wöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
				Die Ergänzung wird befürwortet.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.
			PatV zusätzlich: , 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.			
			Die Ergänzung der PatV wird ausdrücklich befürwortet.	Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.		
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	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 ärzt-			

			liche Einschätzung des Beatmungsstatus nach § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V erfüllen. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).	
			Die Ergänzung wird befürwortet.	Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.
§ 4	Absatz 4 bzw. 5			
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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. ² Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	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.
			PatV, GKV-SV	KBV

			Die Ergänzung wird befürwortet.		Argumentativ wird auf die entsprechende Begründung verwiesen.	
§ 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.			
			Obsolet	Einer Klarstellung bedarf es nicht.		
§ 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			
			Die Ergänzung wird unterstützt.			
§ 5	Absatz 2					
			GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren			

§ 5	Abs. 2	Satz 2	Die Ergänzung wird ausdrücklich befürwortet.	
§ 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	
			Die Ergänzung wird befürwortet.	
			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:²Insbesondere 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.			
			Die Ergänzung der PatV wird ausdrücklich unterstützt.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen der PatV werden geteilt.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
				Wird unterstützt.		
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			Wird unterstützt.			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			
			Wird befürwortet.		Es wird auf die entsprechende Begründung verwiesen.	
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			dem Krankenhaus gegebenfalls durch.			
				Es wird die Position der PAtV unterstützt.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.
§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für	GKV-SV, KBV	DKG

				die Auswahl eines Leistungserbringers dar		
			/s.o.	/s.o.		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			
			/s.o.			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			
			/s.o.			
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
				Die Position wird unterstützt.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.
§ 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
			Die Position der DKG, KBV und PatV wird befürwortet.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.	
§ 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,			
			Die Ergänzung der PATV wird befürwortet.			
§ 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.			

			Die Ergänzung der PatV wird befürwortet.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.	
§ 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			
			Die Ergänzung wird befürwortet.		Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.	
§ 9	Absatz 6					
§ 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 verstan-	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>den. ³Im 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>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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>		
				<p>Die Position wird befürwortet.</p>		<p>Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen werden geteilt.</p>
§ 9	Absatz 7					

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

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
			Die Streichung wird befürwortet .			
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

	Abs. 1 bzw. 2		Die Ergänzung wird ausdrücklich befürwortet.		Eine Beteiligung der Patient*innen ist essentiell (Arg.: „Nicht ohne uns über uns“).	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Die Ergänzung wird befürwortet.			
§ 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
			Die Betonung wird geteilt.		Klarstellungsgründen	
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Obsolet			
§ 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: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
				Die Position wird befürwortet.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>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>		
				<p>Die Ergänzung der PatV wird unterstützt.</p>		<p>Die in den Tragenden Gründen dargelegten Erwägungen der PatV werden geteilt.</p>
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		<p>KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	<p>DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den</p>	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

				verordnenden Vertragsarzt		
			Der Vorschlag der KBV und PatV wird befürwortet.			
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:	
			Die Formulierungsvorschläge der PatV, KBV und DKG werden befürwortet.			
Sonstiges	Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.					

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.

			Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)
			23. 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

§ 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.	
				Aufgrund dieser besonderen Versorgungsform ist eine spezielle Qualifizierung der Pflegefachkräfte als notwendig anzusehen. Diese Qualifizierung könnte sich bspw. an den Empfehlungen der Fachgesellschaft für Außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege e. V. orientieren.
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4			
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass	
			<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). 	

§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3			

§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

§ 3		Absatz 1						
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können und daher</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 §</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

§ 3	Absatz 2					
§ 3	Absatz 3					
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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.</p>	GKV-SV, KBV	PatV

			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.	tung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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.					
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.</p>
		<p>Der BVMed befürwortet den Vorschlag der PatV: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.</p>	<p>Die adäquate Behandlung trachealkanülierter Patient:innen erfordert zwingend die Einbindung einer HNO-Ärzt:in. Dies ergibt sich bereits aus dem Umstand, dass die Leitlinien¹ für den ambulanten Bereich ein durch den HNO-Arzt durchzuführendes epithelisiertes Tracheostoma vorsehen, anstatt der auf der Intensivstation im stationären Bereich zumeist angelegten perkutanen Dilatationstracheotomie (PDT).</p> <p>Quellverweis: ¹AWMF. 2017. <i>S2k – Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz Revision 2017</i> https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-008.html (abgerufen am 15.07.2021)</p>

§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>KBV, PatV, DKG: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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. 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

§ 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	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			PatV zusätzlich: , 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Qualifikationen nach § 4	KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach § 4 Absatz 1, Absatz [2 bzw. 3] und	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>Absatz [3 bzw. 4] werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1					
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p>			

§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat -soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	PatV: ² Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Ab-	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³Die 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.</p>	<p>stimmung 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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 §</p>	<p>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</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			132I Absatz 5 SGB V bestehen.	§ 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		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			

§ 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.			
					Das Sozialgesetzbuch sowie der zugehörige Rahmenvertrag regeln die Einzelheiten zur Durchführung des Entlassmanagements. Unterstützungsleistungen durch die Krankenkasse dürfen nicht dazu führen, dass das Wahlrecht der Versicherten unterminiert wird. Der BVMed sieht somit keinen Konkretisierungsbedarf und hält den Ergänzungsvorschlag nicht für erforderlich.	
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG:	GKV-SV, KBV, PatV:	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	² Die bestehende Verordnung bleibt auch 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.		
§ 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				
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter Rückzugspflege wird die	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der	GKV-SV, KBV, DKG PatV

			<p>Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

	Abs. 1 bzw. 2					
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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:
<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>				

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 Beschlusentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

			Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V	
			23.07.2021	
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	

§ 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.	
			Satz streichen	Aufgrund der Regelungen in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege ist hinreichend klargestellt, dass im Rahmen einer beatmungspflichtigen Versorgung ausschließlich Pflegefachkräfte mit entsprechender Zusatzqualifikation einzusetzen sind. Für die Versorgung von nicht beatmungspflichtigen Versicherten bedarf es hingegen nicht in jedem Fall einer besonderen Zusatzqualifikation, da neben der Ausbildung als Pflegefachkraft auch eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung ausreichend wäre. Aus diesem Grund wird der Formulierungsvorschlag den Anforderungen der Rahmenempfehlungen hinsichtlich einer nicht beatmungspflichtigen Versorgung nicht gerecht.
§ 1	Absatz 2		Satz 2 konkretisieren! „Die Verordnung erfolgt durch besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 1 und 2 [DKG, KBV, PatV: 1 bis 3]“.	Hier stellt sich u. a. die Frage, wie entsprechende Verordnungen außerhalb der Ballungsräume, nämlich in strukturschwachen und/oder ländlichen Gegenden von besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ausgestellt werden sollen bzw. wie hier

			auch der Kontakt zu Pflegebedürftigem und Pflegeeinrichtung sichergestellt werden soll.
§ 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).
§ 1	Absatz 5		<p>Auch für die Zeit des Aufenthaltes in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Hospize), ist aufgrund der fachlichen Anforderungen an das Pflegepersonal zu</p> <p>Aufgrund der hohen Qualifikationsanforderungen an das Pflegefachpersonal im Zuge der außerklinischen Intensivpflege kann nicht bei jeder Einrichtung, welche Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erbringt, der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege entfallen. Insbesondere in Rehabilitationsein-</p>

			prüfen, ob außerklinische Intensivpflege zu verordnen ist.	richtungen sowie in Hospizen dürften in den wenigsten Fällen Pflegefachkräfte mit besonderer Zusatzqualifikation beschäftigt werden. Sofern diese Personalvoraussetzungen in den Einrichtungen nicht erfüllt sind, hat die außerklinische Intensivpflege durch einen gesonderten Dienstleister zu erfolgen, so dass die Möglichkeit der ärztlichen Verordnung hier stets möglich sein muss.
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				

§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflege-</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>schen 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>fachkraft 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</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das</p>			
--	--	--	---	---	--	--	--	--

				genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 Versi-	PatV: (3) ¹Zeigt 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	GKV-SV, KBV	PatV		

			<p>cherten 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5		<p>Neben der persönlichen Untersuchung sollte auch eine Untersuchung per Video möglich sein</p>		<p>Gerade im Hinblick auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist es sinnvoll, die Untersuchungen auszuweiten. Auch im Hinblick darauf, dass es in der außerklinischen Intensivpflege viele Versicherte gibt, die nicht mehr mobil sind.</p>	

§ 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		Satz 5 Ausnahmeregelungen treffen „Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.“		Hier sind Ausnahmen festzulegen, so gibt es Versicherte, wo aufgrund einer ärztlich/fachärztlich gestellten Diagnose und des klinischen Bildes weder ein Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit, noch eine vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning), möglich sind, dies könnte z. B. bei ALS-Patienten oder Betroffenen in komatösen Zuständen, wie z. B. nach hypoxischem Hirnschaden der Fall sein. Gleiches gilt in Hinblick auf eine Entfernung der Trachealkanüle (De-kanülierung), was sich ebenfalls in individuellen Einzelfällen, z. B. bei neuromuskulären Erkrankungen mit Schluckstörung und Aspirationsrisiko nicht umsetzen lässt. In solchen Fällen sollte eine kurze Begründung mit Verweis auf vorliegende und ggf. bestätigte ärztliche/fachärztliche Diagnosen ausreichend sein.	
§ 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		Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			

	Abs. 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>			
§ 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	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

				(z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			

§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>KBV, PatV, DKG: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				außerklinisch Be- atmeter 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte <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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			

§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1				
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ²Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			PatV zusätzlich: , 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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		<p>-Neben der persönlichen Untersuchung sollte auch eine Untersuchung per Video möglich sein.</p> <p>-Der letzte Satz sollte ergänzt werden um den Satz: „Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.“</p>	<p>Entsprechend § 3 Abs. 5 Satz 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) sollen rückwirkende Verordnungen zwar nicht zulässig; Ausnahmefälle sollten möglich sein werden, die dann besonders zu begründen sind.</p>

§ 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		Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer ausgestellt werden.	Um eine Harmonisierung im Hinblick auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) herbeizuführen, sollte die Dauer des Verordnungszeitraumes bei der Folgeverordnung nicht auf 6 Monate begrenzt werden. Ist aus dem Zustand der Versicherten erkennbar, dass der verordnete Zeitraum der Erstverordnung nicht ausreicht,

			<p>sollte die Folgeverordnung auch für eine längere Dauer ausgestellt werden können. Hierbei sollte der verordnende Arzt aufgrund der fachlichen Expertise nicht auf einen starren Zeitraum bezüglich der Verordnungsdauer festgelegt werden, vielmehr sind die versorgungsindividuellen Besonderheiten im Einzelfall zu berücksichtigen. In der allgemeinen Praxis haben sich hier alltagstaugliche Verordnungszeiträume bei den Folgeverordnungen eingespielt, welche auch im Zuge der außerklinischen Intensivpflege gleichermaßen Berücksichtigung finden können sollten.</p>			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Ver-</p>	<p>PatV: [streichen]</p>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			besserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <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</p>	<p>DKG:</p> <p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt, kann</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			dem Versicherten sowie dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	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		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>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.</p>			

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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		Das Wort „hat“ in Satz 1 sollte mit dem Wort „kann“ ausgetauscht werden.		Dies gilt im Hinblick darauf, dass es ohnehin einen erheblichen Aufwand in der Praxis bedeutet, das Genehmigungsverfahren in der Intensivpflege abzuschließen. In begründeten Zweifelsfällen könnte der Medizinische Dienst beauftragt werden.	
§ 8	Absatz 3					
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			siebten		Da der Leistungserbringer im Zuge der Einreichung der ärztlichen Verordnung stets von einer Weitergabe der Verordnung bzw. von einer Legitimation zur	

					Entgegennahme der Verordnung abhängig ist, wird eine Vorlagefrist von sieben Arbeitstagen nach Ausstellung für angemessen und verhältnismäßig erachtet. Andernfalls wird der Schutzzweck der Norm überproportional zu Lasten der Leistungserbringer eingengt.	
§ 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.			
§ 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					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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. 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		KBV, DKG, PatV: [Absatz streichen]	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2		Absatz streichen		Es wird kein Regelungsbedarf bezüglich der engen Zusammenarbeit in einem Netzwerk gesehen. Bereits heute arbeiten in der Praxis alle Beteiligten eng zusammen. Eine gesetzliche Pflicht zur Errichtung eines umfassenden Netzwerkes würde neben der Frage, wer die Organisation und Durchführung sicherzustellen hätte,	

			auch Praxisprobleme etwa bei der Frage der Mindeststärke des Netzwerks oder aber der Dokumentationspflichten unter den Beteiligten mit sich bringen. An dieser Stelle erscheint es sachgerechter, die Beteiligten wie bisher ohne ausdrückliche Regelung zusammenwirken zu lassen und auf Bedarfe im Einzelfall flexibel reagieren zu können.			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung	PatV: ¹Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit 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>die fachgerechte Versorgung 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 Ordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>		
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					

§ 10	Abs. 7 bzw. 8		KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	DKG, GKV-SV: ¹Im 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.						

Von:

[REDACTED]

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.

Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

[REDACTED]

entsprechend Ihrer Aufforderung vom 25. Juni 2021 möchten wir in der Anlage unsere Stellungnahme mit ergänzenden Anlagen übergeben und bitten um eine kurze Eingangsbestätigung.

1. Freitextliche Stellungnahme
2. Gezielte Texte im Formular Anlage 7
3. Stellungnahme der DGHNO-KHC an das BMG zu einem ähnlichen Sachverhalt
4. Entwurf einer Curricularen Fortbildung
5. Publikation Klemm aus 2017
6. Publikation Schrom aus 2020

Gerne stehen wir für Erläuterungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Thomas Deitmer

Prof. Dr. med. Thomas Deitmer
Generalsekretär / Secretary General
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
German Society of ORL-HNS
Präsident: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Jürgen Welkoborsky
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 * D-53113 Bonn
Tel.: +49 (0) 2 28 / 923 922-0 * Fax: +49 (0) 2 28 / 923 922-10
Mailto: info@hno.org * Homepage : www.hno.org
Vereinsregister-Nr.: 3997 (AG Bonn)
thomas.deitmer@hno.org

[REDACTED]

Org. gem. VerFO | Bitte um Stellungnahme | AKI-RL |
Erstfassung AKI-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend erhalten Sie den Beschlussentwurf sowie die Tragenden Gründe zu der geplanten **Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-Richtlinie) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)** mit der Bitte um Abgabe Ihrer schriftlichen Stellungnahme gemäß **1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a Verfahrensordnung (VerfO) des Gemeinsamen Bundesausschusses**.

Die Frist zur Abgabe einer Stellungnahme endet am **23. Juli 2021**.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und bedanken uns für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

[Redacted signature block]

This e-mail is private and confidential and should only be read by those to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, please return this e-mail to the sender. We notify that any dissemination, distribution, copy, reproduction, modification or publication of this communication is strictly prohibited. This message is not intended to be relied upon by any person without subsequent written confirmation of its contents.

P Bitte überlegen Sie gut, ob diese Mail unbedingt ausgedruckt werden muss.



Geschäftsstelle:
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn
Telefon +49 (0) 2 28 / 923 922-0
Telefax +49 (0) 2 28 / 923 922-10
Frau Ulrike Fischer
E-Mail: info@hno.org
Homepage: <http://www.hno.org>

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn

ausschließlich per E-Mail an: aki@g-ba.de

Frau Dorothee Lerch
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

23. Juli 2021

**Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie zur
Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege an den
Gemeinsamen Bundesausschuss,
übersandt am 23.7.2021**

Sehr geehrte Frau Lerch,

das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie bedankt sich für die Möglichkeit, zur übersandten Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege Stellung nehmen zu können.

Vorbemerkungen zur Situation aller ambulant betreuten Patienten:innen mit einem Tracheostoma

Es muss aus der Sicht der Versorgung durch HNO-Ärzte:innen betont werden, dass es unabhängig von der Außerklinischen Intensivpflege funktionierende Versorgungswege für Tracheotomierte im häuslichen Milieu unter Nutzung der Fachkompetenz von HNO-ÄrztInnen/PhoniaterInnen, LogopädInnen in gelebter Kooperation mit Haus- und Kinderärzten und mit Unterstützung durch Partner der Selbsthilfegruppen und der Home-Care-Dienstleister gibt. Geregelt ist dieses Vorgehen durch das „Strukturierte Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V“. Nach Angaben des stat. Bundesamtes werden jährlich ca. 50 000 Patienten in D jährlich neu tracheotomiert (siehe eingefügte Tabellen). Abhängig von der Grunderkrankung kann früher oder später, in einem nicht unerheblichen Prozentsatz nicht dekanüliert werden. Nach Schätzungen des Bundesverbandes Medizintechnologie e.V. (BVmed) werden in D jährlich 40 000 Patienten im Homecare-Setting außerklinisch mit Tracheostomahilfsmitteln versorgt.

Präsident:
Prof. Dr. H.-J. Welkoborsky
Klinikum Nordstadt, HNO-Klinik
Haltenhoffstr. 41
30167 Hannover

Stellv. Präsident:
Prof. Dr. Orlando Guntinas-Lichius
Univ. HNO-Klinik, Gebäude A1
Am Klinikum 1
07747 Jena

Generalsekretär:
Prof. Dr. Th. Deitmer
DGHNO-KHC
Friedrich-Wilhelm-Str. 2
53113 Bonn

Schriftführer:
Prof. Dr. T. Stöver
Univ. HNO-Klinik
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt a. M.

Schatzmeister:
Prof. Dr. K.-W. Delank
HNO-Klinik, Klinikum der
Stadt Ludwigshafen
Bremser Str. 79
67063 Ludwigshafen

Telefon: 05 11 / 9 70 43 77
Telefax: 05 11 / 9 70 46 42
hans-juergen.welkoborsky@krh.eu

Telefon: 0 36 41 / 9 32 93 01
Telefax: 0 36 41 / 9 32 93 02
orlando.guntinas@med.uni-jena.de

Telefon: 02 28 / 9 23 92 20
Telefax: 02 28 / 9 23 92 210
thomas.deitmer@hno.org

Telefon: 069 / 63 01 67 88
Telefax: 069 / 63 01 54 35
timo.stoever@kgu.de

Telefon: 06 21 / 5 03 34 01
Telefax: 06 21 / 5 03 34 03
delankw@klllu.de

Zahl der jährlich neu angelegten Tracheotomien in D

Operationen und Prozeduren (1-4-Steller) 2019		
OPS-5-311	Temporäre Tracheostomie	32 898
OPS-5-312	Permanente Tracheostomie	14 910
	Insgesamt	47 808

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021 | Stand: 20.07.2021 / 08:51:50

Zahl der jährlich erfolgten Kehlkopftotalentfernungen mit Dauerabhängigkeit von Tracheotomie in D

Operationen und Prozeduren (1-4-Steller) 2019		
OPS-5-303	Laryngektomie	1 114

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021 | Stand: 20.07.2021 / 08:54:16

Grundsätzlich irritiert deshalb die Subsumierung der Heimbeatmeten mit den geweanen Patienten mit noch bestehendem Tracheostoma (Tracheotomierte). Daraus resultiert eine möglicherweise ungleiche Behandlung von Tracheotomierten nach Weaning und Tracheotomierten ohne vorherige Beatmung in häuslicher Betreuung. Eine spezielle Indikation für die Außerklinische Intensivpflege, die Inhalt dieses Entwurfs ist, besteht bei Tracheotomierten eigentlich immer dann, wenn in einer Übergangsphase nach Weaning noch ein Nachbeobachtungsbedarf wegen des Risiko der erneuten Atemunterstützung besteht oder bei besonderen Risikogruppen (z.B. bei Kindern).

Zusammenfassend möchten wir deshalb zunächst schon darauf hinweisen, dass im ambulanten Bereich ein nicht unerheblicher Anteil an Tracheotomierten existiert, die nicht in einer unmittelbaren intensivmedizinischen Beatmungs- oder Weaningsituation sind. **Die Versorgung dieser Patienten ist nach unserer Beobachtung immer wieder problematisch und bedarf der sachkundigen Betreuung durch HNO-Ärzte:innen zu den Problemfeldern Tracheostoma, Kanüle, Kanülenwechsel, denkbarer Tracheostomaverschluss, Indikationsstellung und Überprüfung von logopädischen Behandlungen.**

Problematik des epithelisierten vs. des nicht-epithelisierten Tracheostomas

Es fehlt in dem gesamten Richtlinien-Entwurf die Unterscheidung zwischen einem für einen temporären Tracheotomiebedarf angelegten Punktionstracheostoma (5-311) und einem für die Homecare Betreuung geeigneten stabilen epithelisierten Tracheostoma ohne Gefahr der Schrumpfung oder Blutung beim Wechsel (5-312). **Vor Verlegung eines Patienten in die Außerklinische Beatmung sollte ein stabiles Tracheostoma mit der Möglichkeit des gefahrlosen Wechsels der Trachealkanüle bei Sekretverlegung oder Cuff-Undichtheit existieren.** Wenn diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, besteht die Möglichkeit der chirurgischen Umwandlung in ein epithelisiertes Tracheostoma. Mit dieser Festlegung kann die Patientensicherheit erhöht und der Notdienstkostenaufwand reduziert werden. Umgekehrt muss im Text klargestellt werden, dass beim Dekanülieren eines epithelisierten Tracheostomas in der Regel ein kleiner chirurgischer Folgeeingriff zum definitiven Verschluss der oftmals dann verbleibenden Fistel erforderlich wird.

Sachkunde für eine Tracheostomaversorgung

Die Einführung der Dilatations- oder Punktionstracheotomie in Händen von Intensivmediziner:innen hat nach unserer Beobachtung zu einer höheren Verbreitung der Tracheotomie geführt als die nachfolgende unabdingbare Sachkunde in der Tracheostoma- und Kanülenversorgung. Diese Versorgung ist auf Intensiv- oder IMC-Stationen in der Regel sehr gut gesichert, zeigt jedoch nach Beobachtung der Versorgung durch das HNO-Fachgebiet immer wieder Lücken auf peripheren Stationen oder im ambulanten Bereich. Da am Tracheostoma der Atemweg gesichert wird, werden dramatische und auch fatale Situationen immer wieder bekannt.

Wichtig gerade für eine längerfristige Versorgung ist die Wahl der sachgerechten Kanüle. Es existieren unterschiedlichste Kanülentypen mit/ohne Aspirationsschutz, Abdichtungsmöglichkeit gegen Aspiration und für Beatmung, Ermöglichung des Sprechens, sinnvoller Kanülenlänge. Ein regelmäßiger Kanülenwechsel wegen der Gefahr der Kolonisierung und Infektion mit Problemkeimen ist erforderlich, da auf den Kunststoffoberflächen eine Biofilm-Bildung typisch ist. Dieses wird nach

unserer Beobachtung öfter aus Unsicherheit verzögert. Außerdem müssen Kanülenläsionen in der Trachea, die sogar obstruktiv als Granulom auftreten können erkannt werden, wozu es endoskopischer Möglichkeiten bedarf.

Um die Sachkunde zu einer Tracheostomaversorgung im ärztlichen und pflegerischen Bereich zu optimieren wurden seitens HNO-Ärzten oftmals Fortbildungen angeboten, die in unterschiedlichem Ausmaß von Personen außerhalb des Faches besucht wurden. An der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Thüringen bestehen deshalb Initiativen der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, der Deutschen Akademie für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und des Berufsverbandes Deutscher HNO-Ärzte entsprechende curriculare Fortbildungen zu etablieren.

Fazit:

Wir halten es für dringend geboten, dass Sachkunde für die Tracheostomaversorgung in der Richtlinie verankert wird. Diese ist nach der Versorgungswirklichkeit durch HNO-Ärzte:innen zu leisten. Um dem Bedarf in der Fläche gerecht werden zu können, kann diese Sachkunde auch durch curriculare Fortbildungen bereitgestellt werden.

Unmittelbare Anmerkungen zum Text:

Diese Textanteile wurden in das Formular zur Stellungnahme im Bereich der jeweiligen Paragraphen übertragen.

1. Beschlussentwurf:

§2, Seite 5, Abs. 3: die Hinführung des Patienten zur Dekanülierung unterstützen wir als Ziel ausdrücklich– der Impuls wird aber nicht vom Leistungserbringenden ausgehen – deshalb sollte die Weiterverordnung von Leistungen der Außerklinischen Beatmung immer an die fachlich kompetente Prüfung des Potenzials gebunden sein.

§2, Seite 5, Abs. 4: hier sollte der Text von „der Wiederherstellung der Schluckfunktion“ ergänzt werden zu „ der Wiedererlangung der laryngealen Kompetenz (Sensibilität, Elevation, Schlussfunktion) für die Speichel-Clearance und eines penetrations- und aspirationsfreien Schluckens vor Dekanülierung. Dazu ist die regelmäßige subglottische Absaugung bei geblockten Kanülen, eine Phase der ungeblockten Kanüle und ein Üben der Abhustfunktion unter Nutzung von Stimmventilen und eine Stimulation der laryngealen Motilität und Sensibilität unter fachlicher Anleitung erforderlich.“

§2, Seite 5, Abs. 6: (*Abs. 4 und 6 überlappen sich*): Eine Trennung in Unterstützung des aspirationsfreien Schluckens und (6) Wiedererlangung der Stimmfunktion ggf. mit Unterstützung einer verbesserten Artikulation wäre sinnvoll.

§2, Seite 6, (4) und (5): hier Potenzial zum Weaning aber nicht zur Dekanülierung ist zu prüfen, ob durch geeignete chirurgische Maßnahmen in einer dafür spezialisierten stationären Einrichtung ein Atemhindernis (Stenose von Kehlkopf oder Trachea durch Folgen der Langzeitbeatmung) oder ein Aspirationsgrund beseitigt werden kann. Im Sinne von (5) kann bei dauerhafter Abhängigkeit vom Tracheostoma und Beatmung die Lebensqualität der Patienten und der Betreuungsaufwand optimiert werden kann. Dies kann z.B. durch Reduktion/Ausschaltung einer Hypersalivation, durch Neuformung des Tracheostomas und im Ausnahmefall auch durch eine laryngopharyngeale Separation erfolgen, wenn die Kompetenz des HNO-Fachgebietes mit genutzt wird.

§3, Seite 10, Aspekte zu [5,6] 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 bzw. des Schlusses der Stimmklappen, seitengrennt; von Narbenstenosen supraglottisch, glottisch, subglottisch; von Trachealstenosen, insbesondere supraorifizialen 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.

§3, Seite 10, Aspekte zu [5,6] bei nicht beatmeten, tracheotomierten Patienten, 9. – „Sitz der Trachealkanüle“: hier muss ein standardisierter Stoma-Dokumentationsbogen mit Erfassung der Größe, Länge, Bauart/Fabrikat der Kanüle (Angaben zu Blockung incl. gemessenem Druck, subglott. Absaugung Siebung, Art des Stimmventils etc.), Angabe von Sonderlängen, Kippschildern, Krümmungsradien erfolgen und eingeschätzt werden, in welcher Höhe in Projektion auf die Trachea das Stoma angelegt ist, ob der Kanüledurchmesser zum BMI und dem Durchmesser der Trachea passt, ob der Krümmungsradius stimmt oder ob Scheuerstellen bzw. Partialverlegungen des Lumens vorliegen.

§3, Seite 11, Aspekte zu [5,6] bei nicht beatmeten, tracheotomierten Patienten, besonders qualifizierte Fachärzt:innen 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/PhoniaterInnen in das Verzeichnis der KBV, welches quartalsweise aktualisiert wird, unbedingt mit aufgenommen werden.

Als Beitrag zum Erwerb entsprechender Qualifikation kann das vom BVHNO und DGHNO 2014 an der Ärztekammer Thüringen leider nur als Entwurf vorliegende Fortbildungscurriculum zur Versorgung von Patienten mit Trachealkanülen (siehe Anlage) aufgeführt werden. Nach unserem Kenntnisstand werden in mehreren Bundesländern nach diesem Curriculum regelmäßig Weiterbildungen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal mit Bezug zur außerklinischen Beatmung und Homecare von Tracheotomierten angeboten. Gesichert wissen wir dieses für Thüringen und Hessen.

Weitere gezielte Bemerkungen zu den Unterlagen:

2. Stellungnahme:

Empfehlungen **E18**, Seite 18: „Für die dauerhafte außerklinische invasive Beatmung soll ein stabiles Tracheostoma vorhanden sein“ – Ergänzung: , bzw. wenn die Respiratorentwöhnung bei einer Punktionstracheotomie entsprechend E17 nicht gelingt, sollte eine Umwandlung in ein stabiles Tracheostoma vor Verlegung in die außerklinische Beatmung erfolgen.

Empfehlungen **E20**, Seite 19: Wir begrüßen diese Empfehlung, möchten aber den Warnhinweis geben, dass Platzhalter wegen ihrer Sekretverlegungsgefahr und sekundären Reizung der Trachea nicht für den Langzeitgebrauch geeignet sind. Sollte unter Verwendung eines Platzhalters nach 4-5 Tagen keine Sicherheit zur Möglichkeit der Dekanülierung bestehen, ist zunächst wieder die Trachealkanüle einzusetzen und der Versuch zu einem späteren Zeitpunkt ggf. zu wiederholen.

Empfehlungen **E21**, Seite 19: Ein epithelisiertes Tracheostoma kann nur schrumpfen, eine Restfistel wird regelhaft verbleiben, Vorschlag zur Formulierung **E21**: Nach erfolgreicher Dekanülierung des Patienten, sollte zwei bis drei Wochen nach Entfernung der Kanüle bei einem epithelisiert angelegtem Stoma der plastische Verschluss zur Vermeidung einer dauerhaften Fistel ins Auge gefasst werden, um auch pflegerisch „Wasserdichtigkeit“ im Halsbereich herzustellen.

3. Tragende Gründe:

2.6, Seite 29, Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden ÄrztInnen.....: Widerspruch: einerseits „müssen die verordnenden Haus- und KinderärztInnen...“ über theor. und prakt. Qualifikation im Umgang mit Beatmung und Tracheostoma, sogar mit Auswahl Kanüle, Sekretmanagement und Dysphagie verfügen – andererseits wird rechts unter konstatiert „Nicht operationalisierbar ist die Forderung nach zusätzlichen Qualifikationen der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte“, die Anerkennung soll durch die KV erfolgen - in dieses Dilemma würden Angebote unserer Fachgesellschaft wie in Thüringen und Hessen zu einem Weiterbildungscurriculum zumindest für die Tracheotomierten passen. Ein solches curriculares Angebot könnte eventuell durch das Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin mit einem 2. Teil zur außerklinischen Beatmung erweitert werden.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie bereits im Jahre 2019 gegenüber dem BMG im Zusammenhang mit den Beratungen zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG zu diesem Problemfeld Stellung genommen hat (siehe E-Mail-Anlage, dort Absatz 2).

Literaturauszug:

In der Anlage stellen wir gern für die interne wissenschaftlich Nutzung zwei für das Thema repräsentative Publikationen zur Verfügung (Klemm et al. 2017; Schrom et al. 2020).

Gern stehen wir für Fragen oder Diskussionen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. Dr. med. dent. H.-J. Welkoborsky
Präsident


Prof. Dr. med. T. Deitmer
Generalsekretär


Prof. Dr. med. A. Müller
Stellv. Vorsitzender der AG Laryngologie
und Trachealerkrankungen

Anlagen:

- Gezielte Texte im Formular Anlage 7
- Stellungnahme der DG HNO-KHC an das BMG zu einem ähnlichen Sachverhalt
- Entwurf einer Curricularen Fortbildung
- Publikation Klemm aus 2017
- Publikation Schrom aus 2020



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.

			Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	
			23.7.2021	
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	

§ 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.
§ 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).
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5	Satz	PatV: kann soll

		1/ Satz 2		
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3			
§ 2	Abs. 3		<p>DKG</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum Zeitpunkt der Verordnung kein</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung,</p>
			DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

		<p>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>zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
		<p>§2, Seite 5, Abs. 3: die Hinführung des Patienten zur Dekanülierung unterstützen wir als Ziel ausdrücklich– der Impuls wird aber nicht vom Leistungserbringenden ausgehen – deshalb sollte die Weiterverordnung von Leistungen der Außerklinischen Beatmung immer an die fachlich kompetente Prüfung des Potenzials gebunden sein</p>			
§ 2	Absatz 4	<p>§2, Seite 5, Abs. 4: hier sollte der Text von „der Wiederherstellung der Schluckfunktion“ ergänzt werden zu „ der Wiedererlangung der laryngealen Kompetenz (Sensibilität, Elevation, Schlusfunktion) für die Speichel-Clearance und eines penetrations- und aspirationsfreien Schluckens vor Dekanülierung. Dazu ist die regelmäßige subglottische Absaugung bei geblockten Kanülen, eine Phase der ungeblockten Kanüle und ein Üben der Abhustfunktion unter Nutzung von Stimmventilen und eine Stimulation der laryngealen Motilität und Sensibilität unter fachlicher Anleitung erforderlich.“</p> <p>§2, Seite 5, Abs. 6: (Abs. 4 und 6 überlappen sich): Eine Tren-</p>			

		<p>nung in Unterstützung des aspirationsfreien Schluckens und (6) Wiedererlangung der Stimmfunktion ggf. mit Unterstützung einer verbesserten Artikulation wäre sinnvoll</p>					
§ 2	Absatz 5	<p>§2, Seite 6, (4) und (5): hier Potenzial zum Weaning aber nicht zur Dekanülierung ist zu prüfen, ob durch geeignete chirurgische Maßnahmen in einer dafür spezialisierten stationären Einrichtung ein Atemhindernis (Stenose von Kehlkopf oder Trachea durch Folgen der Langzeitbeatmung) oder ein Aspirationsgrund beseitigt werden kann. Im Sinne von (5) kann bei dauerhafter Abhängigkeit vom Tracheostoma und Beatmung die Lebensqualität der Patienten und der Betreuungsaufwand optimiert werden kann. Dies kann z.B. durch Reduktion/Ausschaltung einer Hypersalivation, durch Neuformung des Tracheostomas und im Ausnahmefall auch durch eine laryngopharyngeale Separation erfolgen, wenn die Kompetenz des HNO-Fachgebietes mit genutzt wird.</p>					
<p>§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege</p>							
§ 3	Absatz 1						
§ 3	Abs. 1	<p>DKG: Die Verordnung</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von</p>	<p>PatV: Die Verordnung von au-</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV,</p>	<p>PatV</p>

			<p>von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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 in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflege-</p>	<p>außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar</p>	<p>ßerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>		KBV	
--	--	--	---	--	---	--	------------	--

			fachkraft 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.	erforderlich ist, 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 Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer	PatV: (3) ¹ 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 Ver-	GKV-SV, KBV	PatV		

		<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>tragsarzt 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>		
§ 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	<p>§3, Seite 10, Aspekte zu [5,6] 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 bzw. des Schlusses der Stimmlippen, seitengrennt; von Narbenstenosen supraglottisch, glottisch, subglottisch; von Trachealstenosen, insbesondere supraorifizialen 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>§3, Seite 10, Aspekte zu [5,6] bei nicht beatmeten, tracheotomierten Patienten, 9. – „Sitz der Trachealkanüle“: hier muss ein standardisierter Stoma-Dokumentationsbogen mit Erfassung der Größe, Länge, Bauart/Fabrikat der Kanüle (Angaben zu Blockung incl. gemessenem Druck, subglott. Absaugung Siebung, Art des Stimmventils etc.), Angabe von Sonderlängen, Kippschildern, Krümmungsradien erfolgen und eingeschätzt werden, in welcher Höhe in Projektion auf die Trachea</p>	

das Stoma angelegt ist, ob der Kanüldurchmesser zum BMI und dem Durchmesser der Trachea passt, ob der Krümmungsradius stimmt oder ob Scheuerstellen bzw. Partialverlegungen des Lumens vorliegen

§3, Seite 11, Aspekte zu [5,6] bei nicht beatmeten, tracheotomierten Patienten, besonders qualifizierte Fachärzt:innen
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/PhoniaterInnen in das Verzeichnis der KBV, welches quartalsweise aktualisiert wird, unbedingt mit aufgenommen werden

Als Beitrag zum Erwerb entsprechender Qualifikation kann das vom BV-HNO und DGHNO 2014 an der Ärztekammer Thüringen leider nur als Entwurf vorliegende Fortbildungscurriculum zur Versorgung von Patienten mit Trachealkanülen (siehe Anlage) aufgeführt werden. Nach unserem Kenntnisstand werden in mehreren Bundesländern nach diesem Curriculum regelmäßig Weiterbildungen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal mit Bezug zur außerklinischen Beatmung und Homcare von Tracheotomierten angeboten. Gesichert wissen wir dieses für Thüringen und Hessen.

§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten	PatV	GKV-SV, KBV

			sichtigung psychosozialer Faktoren	Verfahren		
§ 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 Prozeduren-schlüssel (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 Aspirationsscreening 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	KBV, PatV, DKG:	GKV-SV:	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

		2	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 a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma,	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<ol style="list-style-type: none"> 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte <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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuro-			

			pädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1				
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsent-	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			wöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			PatV zusätzlich: , 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versor-	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			gungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat -soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	DKG, GKV-SV, KBV: ² Sie ist	PatV:	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

		2	<p>zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³ 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.</p>	<p>²Bei 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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <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 Versorgungsver-</p>	<p>DKG:</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</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			träge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	nach 132I Absatz 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 dem Kran-	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig,	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			kenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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	DKG, KBV, PatV:	GKV-SV:	DKG, KBV, PatV	GKV-SV

		1	fünften	dritten		
§ 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.			
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der 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. ³Im 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</p>	<p>PatV:</p> <p>¹Im 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</p> <p>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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			ist.			
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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 Potenzialhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§	Abs. 1	Satz	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

10	bzw. 2	2				
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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 Stellungnah-
me.



Geschäftsstelle:
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn
Telefon +49 (0) 2 28 / 923 922-0
Telefax +49 (0) 2 28 / 923 922-10
Frau Ulrike Fischer
E-Mail: info@hno.org
Homepage: <http://www.hno.org>

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn

Versand per E-Mail: 223@bmg.bund.de

Herrn Dr. Christian Abt
Referat 223
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

nachrichtlich per E-Mail an die AWMF: stn@awmf.org

5. September 2019

**Stellungnahme der DGHNO-KHC zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)
Ihr Schreiben vom 14. August 2019**

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Dr. Abt,

die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) möchte sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zu dem o. a. Gesetzentwurf bedanken und folgende Kommentare einbringen:

1. Rein vorsorglich möchten wir darauf hinweisen, dass in der HNO-Heilkunde ein nicht unerheblicher Rehabilitationsbedarf durch die operative Versorgung mit Hörimplantaten (Cochlea Implantaten) bei Erwachsenen und Kindern besteht. Das Volumen wird bei etwa 4000 Implantaten pro Jahr in Deutschland geschätzt. Die Rehabilitation erfordert bei Erwachsenen weniger Aufwand, bei Kindern deutlich mehr und erstreckt sich über etliche Monate bis Jahre. Die Rehabilitation erfolgt derzeit teils ambulant, teils stationär.

Die DGHNO-KHC strukturiert die Gesamtversorgung mit Cochlea-Implantaten durch eine AWMF-Leitlinie, die in der novellierten Form vermutlich noch in 2019 veröffentlicht werden kann. Außerdem sind die Abläufe detailliert in einem Weissbuch hinterlegt.

Leider sind die Finanzierungswege für diese Rehabilitationen sehr heterogen und müssen in der Regel vielfach individuell verhandelt werden. Hier würden wir auf eine Regelung hoffen.

Es ist offensichtlich, dass dieses in dem RISG-Entwurf nicht adressiert ist und so noch adressiert werden könnte. Unsere Intention ist es eher, hier auf eine Regelungsnotwendigkeit hinzuweisen.

b. w.

Präsident:
Prof. Dr. A. Dietz
Univ. HNO-Klinik
Liebigstr. 10-14
04103 Leipzig

Stellv. Präsident:
Prof. Dr. S. Plontke
Univ. HNO-Klinik
Ernst-Grube-Str. 40
06120 Halle/S.

Generalsekretär:
Prof. Dr. Th. Deitmer
DGHNO-KHC
Friedrich-Wilhelm-Str. 2
53113 Bonn

Schriftführer:
Prof. Dr. Dr. H.-J. Welkoborsky
Klinikum Nordstadt, HNO-Klinik
Haltenhoffstr. 41
30167 Hannover

Schatzmeister:
Prof. Dr. K.-W. Delank
HNO-Klinik, Klinikum der
Stadt Ludwigshafen
Bremser Str. 79
67063 Ludwigshafen

Telefon: 03 41 / 9 72 17 00
Telefax: 03 41 / 9 72 17 09
andreas.dietz@medizin.uni-leipzig.de

Telefon: 03 45 / 5 57 17 84
Telefax: 03 45 / 5 57 18 59
stefan.plontke@uk-halle.de

Telefon: 02 28 / 9 23 92 20
Telefax: 02 28 / 9 23 92 210
thomas.deitmer@hno.org

Telefon: 05 11 / 9 70 43 77
Telefax: 05 11 / 9 70 46 42
hans-juergen.welkoborsky@krh.eu

Telefon: 06 21 / 5 03 34 01
Telefax: 06 21 / 5 03 34 03
delankw@klilu.de

2. Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege möchten wir darauf hinweisen, dass zwei Patientengruppen klar unterschieden werden müssen.
 - a) Patienten, die apparativ beatmet werden müssen; dieses muss in den meisten Fällen mittels einer Tracheotomie erfolgen.
 - b) Außerklinische Patienten, die ein Tracheostoma haben, jedoch keiner apparativen Beatmungsunterstützung bedürfen. Hiervon gibt es viele, die fraglos nicht im Fokus dieses Gesetzesentwurfes stehen.

In beiden Patientengruppen bedürfen jedoch die Tracheostomaträger einer besonderen Beachtung. Hier hat sich anders als für die enteralen Stomata leider bisher keine strukturierte Expertise etablieren können. Der Umgang mit Tracheostomata ist für einen HNO-Arzt*in oder eine im HNO-Bereich trainierte Pflegekraft unproblematisch. Außerhalb dieser Gruppen ist die Sachkenntnis jedoch sehr heterogen und strukturierte Ausbildungswege existieren nicht in etablierter Form. Wir erleben nicht wenige Fälle, in denen eine mangelnde Sachkenntnis oder Routine im Umgang mit Tracheostomata und Kanülen zu einer Gefährdung oder Beeinträchtigung des Patienten führen.

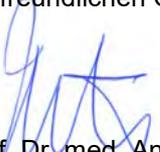
Für die Betreuung eines Tracheostomas auch über lange Frist sollte der Fachbereich institutionell beteiligt und mitverantwortlich sein, der das Tracheostoma angelegt hat. Wir sehen durch einen Mangel an Sachkenntnis hier in der langfristigen Betreuung öfter Probleme, die den Patienten*in gefährden. Solche Komplikationen können durch eine sachkundige Begleitung antizipiert werden.

Für die Entwöhnung von der Beatmung und die damit auch Lebensqualität-fördernde Dekanülierung und Verschluss des Tracheostoma sind jedoch nicht allein Fragen freier Respiration und Phonation von Bedeutung. Gerade in der adressierten multimorbiden Patientengruppe bestehen oftmals Dysphagieprobleme mit Aspirationstendenzen und dem Risiko sukzessiver Aspirationspneumonien. Die Prozedur Beatmungsentwöhnung, Dekanülierung und Stomaverschluss muss deshalb kritisch auch unter dem Aspekt Schluckvermögen und Aspiration gesteuert werden. Für diese Frage sind die Kenntnisse aus dem Bereich HNO-Heilkunde, Phoniatrie/Pädaudiologie und Logopädie entscheidend. Da diese Beteiligungen und Strukturen nach unseren Beobachtungen in diesen durch das Gesetz adressierten Situationen oftmals fehlen, sollten diese Aspekte bereits in einem Gesetzesentwurf angesprochen und zur Bedingung gesetzt werden.

Eine Koppelung zwischen der Situation der außerklinischen Beatmungsbehandlung und einer geriatrischen Betreuung sollte nicht zwangsläufig gedacht werden. Es gibt etliche jüngere Patienten, die durch plötzliche Erkrankungen oder Traumata in eine solche Situation kommen. Eine Weiterleitung in eine Geriatrie wäre da sicherlich eine Fehlleitung.

Gern stehen wir für weitere Beratungen in dieser Sache zur Verfügung, können aber bedauerlicherweise nicht persönlich an der mündlichen Erörterung des Referentenentwurfes am 11.09.2019 im Bundesgesundheitsministerium in Berlin teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. Andreas Dietz
Präsident


Prof. Dr. med. Thomas Deitmer
Generalsekretär

Fortbildungscurriculum zur Versorgung von Patienten mit Trachealkanülen

**Deutscher Berufsverband
der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.**



und

**Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.**

und

**Deutsche Akademie für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf –und Halschirurgie**



in Zusammenarbeit mit der

Landesärztekammer Thüringen



1. Vorbemerkungen:

1.1 Einführung

Aus- und Fortbildung von Medizinischen Pflegekräften und Medizinischen Fachangestellten orientieren sich an den Erfordernissen der medizinischen Versorgung. Diese sind wesentlich geprägt durch den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt und die Auswirkungen des demografischen Wandels. Die Ausbildungsordnung in diesen Berufen orientiert sich bereits an diesen Erfordernissen.

Das vorliegende Curriculum soll speziell auf die Anforderungen abgestellt sein, die durch die Zunahme von Patienten mit Trachealkanülen und deren Pflege entstehen.

Zudem reagieren die DGHNO und der BV HNO dabei auf die gesetzlichen Regelungen zur Delegation ärztlicher Leistungen.

Das vorliegende Fortbildungskonzept trägt dieser Entwicklung Rechnung, stellt aber auf die speziellen Anforderungen beim Umgang mit tracheotomierten Patienten ab und schafft somit eine qualitative Grundlage zur Delegation ärztlicher Leistungen.

1.2 Ziel, Aufbau und Durchführung des Curriculums

Das Ziel des Curriculums ist es, Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu vermitteln, die über Kenntniserwerb durch vereinzelte Fortbildungen und das „learning by doing“ und den Umgang mit pflegebedürftigen Patienten hinausgehen.

Das Curriculum umfasst 30 Stunden, die Fortbildung soll berufsbegleitend absolviert werden.

Der Inhalt des Curriculums ist in Module gegliedert und schließt praktische Übungen ein.

2. Fortbildungscurriculum zur Versorgung von Patienten mit Trachealkanülen

2.1 Dauer und Gliederung

30 Stunden in Form eines berufsbegleitenden Lehrganges, der fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht sowie praktische Übungen umfasst.

2.2 Teilnahme- / Zulassungsvoraussetzungen

Die Zulassung zur Fortbildung setzt voraus:

- eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsberuf, z.B. Altenpfleger/in; Medizinische/r Fachangestellte/r; Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Krankenschwester
- eine mindestens 2-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten medizinischen Einrichtung nach abgeschlossener Ausbildung

2.3. Handlungskompetenzen

Die/der Absolvent/in des Curriculums soll bei ärztlicher Delegation befähigt werden zum umfassenden Pflegemanagement eines tracheotomierten Patienten in Klinik, Pflegeeinrichtung, Praxis und häuslicher Pflege.

2.4 Überblick über Inhalte und Stundenverteilung

1. Anatomie und Pathophysiologie der oberen Atemwege	1 h
2. Tracheotomie- Indikation / Komplikationen	2 h
3. Trachealkanülen/Trachealkanülenmanagement	3 h
4. Tracheostomapflege	3 h
5. Nahrungsaufnahme	1 h
6. Rehabilitation	1 h
7. Rechtliche Grundlagen	2 h
8. Übungen am Dummy	2 h
Praktische Übungen	15 h
- Hospitationen mit dem Nachweis eigenständigen Kanülenmanagements	
- Erstellen eines Praktikumsberichtes in Stichpunkten	
GESAMT	30 h

2.5 Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten

2.5.1 Anatomie und Pathophysiologie der oberen Atemwege	1 h
2.5.2 Tracheotomie- Indikation / Komplikationen	2 h
<ul style="list-style-type: none"> Operationstechniken kennen Indikationen zur Tracheotomie verstehen Folgen einer Tracheotomie wissen Komplikationen kennen 	
2.5.3 Trachealkanülen/Trachealkanülenmanagement	3 h

Trachealkanülenvarianten kennen
 Hygienemanagement wissen
 Handling des Kanülenwechsels durchführen
 (geblockt und ungeblockt)
 Besonderheiten beim beatmeten Patienten wissen

2.5.4 Tracheostomapflege durchführen 3 h

endotracheale Absaugung erlernen
 Mundpflege/Mundhygiene durchführen
 Tracheostomazubehör/ Hilfsmittel/ Inhalation kennen
 Hautpflege und Wundbehandlung erlernen

2.5.5. Nahrungsaufnahme und deren Besonderheiten
 beim Tracheotomierten kennen 1 h

2.5.6 Rehabilitation 1 h
 Optionen im Krankheitsverlauf beachten

2.5.7 Rechtliche Grundlagen kennen 2 h

- Medizinproduktegesetz
- Delegation ärztlicher Leistungen
- Infektionsschutzgesetz
- Dokumentation

2.5.8 Arbeit am Dummy 2 h

Praktische Übungen/Hospitation 15 h

2.6. Abschluss

Teilnehmer des Curriculums, die alle Module absolviert haben und den Besuch von 90 % der Unterrichtszeit nachweisen können, werden zur Prüfung zugelassen.

2.7 Zertifikat

Nach erfolgreicher Teilnahme an der Fortbildung und bestandener Lernerfolgskontrolle (mündlich und praktisch) erhält der/die Teilnehmer/in ein Zertifikat des Veranstalters.

ORIGINAL ARTICLE

Tracheotomy-Related Deaths

A Systematic Review

Eckart Klemm, Andreas Karl Nowak

SUMMARY

Background: Tracheotomies are frequently performed on ventilated patients in intensive care and sometimes lead to fatal complications. In this article, we discuss the causes and frequency of death associated with open surgical tracheotomy (OST) and percutaneous dilatational tracheotomy (PDT) on the basis of a review of the pertinent literature.

Methods: We systematically searched the PubMed, EMBASE, and Cochrane Library databases and the Karlsruhe Virtual Catalog for publications (1990–2015) on tracheotomy-related deaths in adults, using the search terms “tracheotomy” and “tracheostomy.” 39 relevant dissertations were included in the analysis as well.

Results: 109 publications were included. Of the 25 056 tracheotomies described, there were 16 827 PDTs and 7934 OSTs; for 295 tracheotomies, the technique used was not stated. 352 deaths were reported, including 113 in patients treated with PDT, 49 in those treated with OST, and 190 deaths related to a tracheotomy without specification of the method used. The frequency of death among patients with OST and those treated with PDT was similar: 0.62% for OST (95% confidence interval [0.47; 0.82]) and 0.67% for PDT ([0.56; 0.81]). The most common causes of death and their frequencies, as a percentage of all tracheotomies, were hemorrhage (OST: 0.26% [0.17; 0.40], PDT: 0.26% [0.19; 0.35]), loss of airway (OST: 0.21% [0.13; 0.34], PDT: 0.20% [0.14; 0.28]), and false passage (OST: 0.11% [0.06; 0.22], PDT: 0.20% [KI 0.15; 0.29]).

Conclusion: Bias in the data cannot be excluded, as these were not epidemiologic data and the documentation was found to be incomplete. The likelihood of a fatal complication seems to be the same with both tracheotomy techniques as far as can be determined from the available evidence.

Tracheotomy-related deaths can be avoided in several ways: by thorough training under the leadership of experienced physicians, by the use of the World Health Organization’s Surgical Safety Checklist regardless of where the tracheotomy is performed, and by the continuous vigilance of nursing staff.

► Cite this as:

Klemm E, Nowak AK: Tracheotomy-related deaths—a systematic review. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 273–9. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0273

Tracheotomies are among the most commonly performed procedures in mechanically ventilated intensive care patients; the two methods used are percutaneous dilatational tracheostomy (PDT) and open surgical tracheostomy (OST) (1). Every year, tracheotomy results in death or permanent disability of an estimated 500 patients in the United States alone (2). The aim of our review was to provide a literature analysis of the causes and incidence rates of tracheotomy-related deaths for both OST and PDT. We intended to study the more common complications of hemorrhage, false passage, and airway loss and to develop recommendations on how to prevent these events.

Methods

Search strategy and case selection

Over a period of 5 years, a systematic analysis of the literature published between 1 January 1990 and 31 December 2015 was performed in the databases PubMed, EMBASE, Cochrane Library, and Karlsruhe Virtual Catalog (KVK), using the keywords “tracheotomy” and “tracheostomy.” This review was conducted in accordance with the PRISMA guidelines (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, www.prisma-statement.org). The primary literature from meta-analyses and reviews as well as 39 German dissertations were also included in the analysis. Original articles published in French, Spanish, Italian, Dutch, or Russian, which were discovered by English-language summaries, were translated and included. Pediatric patients were excluded from the analysis. Independent plausibility checks were performed on each death from the perspectives of otorhinolaryngology (ENT) and anesthesiology/intensive care medicine (*eFigure 1*).

Information about age, sex, primary disease, indication for tracheotomy, tracheotomy technique (OST, PDT) and site of performance (intensive care unit, operating room, regular ward), time (perioperative [day of surgery] or postoperative [first postoperative day and following days]), complications, and causes of death was recorded, where available. Free-text descriptions of the deaths were collected. Forty cases with unclear causes of death from 19 publications were excluded (*e1–e21*) (*eFigure 1, eBox 1*).

Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Plastic Surgery, Municipal Hospital Dresden, Academic Teaching Hospital of the Technical University of Dresden: Prof. Dr. med. habil. Klemm

Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Emergency Medicine and Pain Therapy, Municipal Hospital Dresden, Academic Teaching Hospital of the Technical University of Dresden: Dr. med. Nowak

TABLE 1

Overview of 363 complications among 352 tracheotomy-related deaths

	PDT		OST		Method not specified	
	n	%	n	%	n	%
Hemorrhage						
Intraoperative (n = 10)	9	7.4	1	1.9	0	0
Postoperative (n = 55)	35	29.1	20	37.0	0	0
Pneumothorax (n = 20)	15	12.4	5	9.3	0	0
Severe injury to posterior tracheal wall and tracheoesophageal fistula (n = 13)	9	7.4	3	5.5	1	0.5
Loss of airway						
Intraoperative (n = 14)	11	9.0	3	5.5	0	
Postoperative (n = 43)	22	18.1	14	26.0	7	3.7
Bronchospasm						
Intraoperative (n = 4)	4	3.3	0	0	0	0
Acute heart failure						
Intraoperative (n = 14)	8	6.6	3	5.5	3	1.6
Mediastinitis (n = 7)	7	5.8	0	0	0	0
Complications n.s.	1	0.8	5	9.3	179	94.2
Complications total*	121	100	54	100	190	100
Total deaths	113		49		190	

n.s., not specified; OST, open surgical tracheostomy; PDT, percutaneous dilatational tracheostomy
 * 12 multiple fatal complications included

Data analysis

Descriptive analyses were performed using Microsoft Excel 2013. The results are reported as absolute values and percentages. All confidence intervals (CI) are stated at the 95% confidence level.

Results

Our search strategy identified 109 publications (eTable 1) (e22–e119). We found 71 different free-text descriptions of tracheotomy-related deaths (eTable 2) (e22–e119) in 40 case studies (37%), 35 case reports (32%), 12 dissertations (11%), 12 case-control studies (11%), 6 randomized controlled trials (RCTs) (5%), 3 structured questionnaires (3%), and 1 review with additional own cases (1%). In 12 of 39 dissertations with a total of 4765 OSTs and 4437 PDTs, 13 patients died. The 109 publications comprised 25 056 tracheotomies, including 16 827 PDTs, 7934 OSTs, and 295 tracheotomies without information about the technique used. Altogether, 352 tracheotomy-related deaths were documented in 21 countries, thereof 113 along with PDT, 49 along with OST, and 190 without information about the technique used (Tables 1 and 2, eFigures 1 and 2).

Hemorrhages

Altogether, 65 fatal hemorrhages were reported (Table 3), thereof 38 (58.5%) brachiocephalic trunk hemorrhages where death occurred in 3 cases during the perioperative period (e15, e66, e98) and in 28 cases between day 1 and day 117 (e64), with a mean of 24

days. In 7 cases, no information about the time of death was provided (eBox 2).

False passage-related complications

In 32 patients, 44 serious complications resulted from false passage, thereof 35 along with PDTs and 9 along with OSTs (Table 4, eBox 2).

Loss of airway

Twenty-seven authors reported loss of airway of mixed etiology as cause of death; 33 cases during or after PDT and 17 during or after OST. In 7 cases, no information about the tracheotomy technique and the pathomechanisms was provided (Table 5, eBox 2).

Discussion

Tracheotomy-related deaths

Worldwide, tracheotomies are commonly performed procedures. In Germany, a total of 37 793 temporary tracheostomies and 16 733 permanent tracheostomies were performed in 2015 (e120).

PDT has been promoted as a quick and easy procedure in numerous publications, but warnings have also been issued (3). Tracheotomy-related deaths are described as rare events of diverse etiology (4–8, e101). Das et al. (2) reported results of a US-survey identifying an estimated 1000 serious incidents and events annually related to tracheotomies and 500 incidents resulting in death or permanent disability. It is challenging to identify special types of deaths in the literature because the search term “death” is almost

TABLE 2

References regarding tracheotomy-related deaths associated with open surgical tracheostomy (OST) vs. percutaneous dilatational tracheostomy (PDT)

First author/comment	OST	PDT
Dulgerov 1999 (18) Meta-analysis OST versus PDT 1986–1996	17/10 000	55/10 000
Kearny 2000 (e72) Single center retrospective review PDT 1990–1998	n.s.	0.6%
Oliver 2007 (17) Meta-analysis OST versus PDT (1999–2006)	0.16%(1/628)	0.58%(3/522)
Kost 2005, 2008 (5, 6) Evaluation PDT versus OST 1988–2003	0–2%	0–0.5%
Mallick 2010 (20) Review tracheostomy in critically ill patients 1981–2008 (studies have demonstrated a procedural mortality rate approaching zero)	n.s.	n.a.
Dennis 2013 (e38) Single center retrospective review PDT 2001–2011	n.s.	0.16%
Simon 2013 (e101) Review PDT 1985–2013	n.s.	0.17%
Brass 2016 (8) Review PDT versus OST 1990–2011 (no evidence of a reduction in mortality with the use of a percutaneous technique)	n.s.	n.s.
Results of our review 1990–2015		
Total	0.62% CI: [0.47; 0.82]	0.67% CI: [0.56; 0.81]
Deaths due to false passage	0.11% CI: [0.06; 0.22]	0.20% CI: [0.15; 0.29]
Deaths due to loss of airway	0.21% CI: [0.13; 0.34]	0.20% CI: [0.14; 0.28]
Deaths due to hemorrhage	0.26% CI: [0.17; 0.40]	0.26% CI: [0.19; 0.35]

CI, confidence interval; n.s., not specified

always related to the outcome of studies. After analysis of data from a US database of more than 113 653 tracheotomies, Shah et al. concluded in 2012 that it is impossible to determine from these data whether the mortality is due to tracheotomy complications (9).

We started our analysis of fatal complications in 1990 because from that time PDT, as described by Ciaglia (10), has gained worldwide acceptance. The analysis of 71 free-text descriptions identified 4 key areas (eTable 2):

- Procedure-related deaths
- Complication-related deaths
- Deaths related to tracheal cannulas
- The term death as a neutral statement.

Therefore, we suggest to use the term “tracheotomy-related death,” in keeping with van Heuern et al. (e60) and Shah et al. (9). With this neutral term, all causes are covered.

Perioperative hemorrhage

Tracheal hemorrhage can be life-threatening, even if the actual blood loss is low. With flexible bronchoscopy, even small amounts of blood can significantly

reduce visibility in the surgical field. In addition, the suction capacity of flexible endoscopes is lower than that of rigid endoscopes. This concerns the amount of blood and the time factor and is of vital importance especially in patients with respiratory failure. Due to the dead space in the airways, intratracheal hemorrhage of 150–200 mL results in hypoxia, long before circulation is affected. Taking this into consideration, the discussion in the literature about “major bleeding” or “minor bleeding,” with various amounts suggested to define clinically relevant hemorrhages, appears pointless, as demonstrated by the following 4 examples: 50 mL (e115), more than 100 mL (e10), more than 5 ccm (11), “major bleeding: surgical intervention or transfusion” (12). Apart from bleeding associated with tracheo-innominate fistula (TIF), not the defined amount of blood lost is important, but the question to where the blood flows. While relevant external bleeding requires primary revision surgery, internal bleeding should trigger the algorithm to immediately secure the airway. Here, monitoring gas exchange is critical and determines the time window for the steps to be taken. Tracheotomy-related deaths

TABLE 3

Fatal hemorrhage						
Fatal hemorrhages (n = 65)	PDT		OST		n.s.	
	n	%	n	%	n	%
Intraoperative (n = 10)	9	20.5	1*	4.8	0	
Postoperative (n = 55)	35	79.5	20	95.2	0	
Total (n = 65)	44	100	21	100	0	
Anatomical variations as a contributing factor (n = 9)	7		2		0	
Fatal brachiocephalic trunk hemorrhages						
Intra-/perioperative (n = 3)	2	8	1*	7.7	0	
Postoperative (n = 35)	23	92	12	92.3	0	
Total (n = 38)	25	100	13	100	0	

n.s., not specified; OST, open surgical tracheostomy; PDT, percutaneous dilatational tracheostomy
 * identical case

reported in the literature remind us of the importance of these considerations which should, of course, go without saying. Likewise, changing from flexible endoscopy to rigid endoscopy is part of the emergency treatment, if indicated.

Intraoperative hemorrhages resulting in death (Table 3) occur typically with PDT, including cases of false passage with fatal bleeding. Ayoub et al. (e23) described deaths resulting from variations in vascular anatomy and highlighted the need to constantly be aware of this possibility. This is underscored by 9 cases with fatal outcome reported in the literature. Preoperative ultrasonography of the neck with visualization of the large blood vessels, the thyroid and the course of the trachea as part of a preoperative checklist is recommended (13).

Postoperative hemorrhage

Postoperative hemorrhages after tracheotomies can be life-threatening, as the neck region is rich in blood vessels. Halum et al. (e58) analyzed postoperative hemorrhages, the most common complication, up to the first week after tracheotomy. Later bleeding events may disappear from the sight of intensivists and shift via the path of rehabilitation facilities to the nursing domain. In our review, higher rates of postoperative hemorrhages occurred with OST compared to PDT, in terms of the total number of fatal complications with each technique—PDT versus OST (Table 1). Kearny et al. (e72) found postoperative hemorrhage to be the most common complication with 2.2%.

Brachiocephalic trunk hemorrhage—tracheo-innominate fistula

Performing tracheotomies below the level of the 4th tracheal ring is dangerous because of the vascular anatomy in this area. Thus, it is critical to accurately

establish the patient’s external and internal anatomy by means of preoperative examination, ultrasonography and endoscopy of the trachea. Tracheo-innominate fistula (TIF) has been regarded as a rare, but often fatal complication for many years (e34). In case of severe hemorrhage, rigid tracheobronchoscopy is the method of choice, as it offers better visibility and significantly greater suction capacity for blood in a short period of time (e121). In addition, endotracheal intubation with targeted tamponade of the bleeding source with the tube’s cuff can be performed at any time via a rigid endoscope (7) (Table 3).

False passage

A false passage may have fatal consequences, regardless of the type of tracheotomy. Tracheotomies below the level of the 4th tracheal ring may be fatal. In 13 cases, it caused a TIF with fatal hemorrhage. These bleeding events occurred more frequently with PDT, performed with and without flexible endoscopy, indicating that PDT with endoscopy does not provide adequate orientation. Furthermore, 10 fatal cases of pneumothorax and 5 cases of tracheoesophageal fistula (TEF) occurred with PDT with and without flexible endoscopy. Not every false passage leads to a fatal outcome. Van Heuern et al. (e60) reported that primarily false passage is to be expected in 0.5 to 2% of cases treated with PDT. Marx et al. (e84) reported false passages in 1.2% and Kearny et al. (e72) in 0.7% of cases treated with endoscopically controlled PDT. According to our analysis of complications, false passage–related fatal outcomes are to be expected in 0.20% of cases with PDT and in 0.11% of cases with OST. Even though these incidences may appear low, they represent 25 deaths which could have been prevented, as demonstrated by the retrospective analysis. After OST, 7 patients had false passage–related fatal outcomes. With intensive care medicine being such a sensitive field, there appears to be even more reason to categorize PDT as a high-risk procedure (e100). The term high risk describes best the nature of complications that occasionally occur. The same applies to OST. The analysis of the cases of tracheotomy-related deaths clearly shows that tracheotomy is not a procedure to be performed by beginners. Intensive training in anatomy and the techniques of PDT and OST under the guidance of experienced ENT specialists, surgeons and intensivists is vital, given the 32 deaths identified in our review (Table 4). With flexible endoscopy not always providing the best possible orientation, rigid endoscopy with mechanical ventilation via the endoscope was introduced as an alternative PDT technique to prevent serious complications (14).

Loss of airway

Loss of airway (Table 5) is a widely feared adverse event; it can occur in 5 situations:

- With PDT, the standard maneuver of withdrawing the endotracheal tube (ETT) to the level of the glottis may lead to dislocation of the tube into the hypopharynx. This type of loss of airway is a specific problem of PDT, with and without flexible endoscopy (15, e100). To secure the airway, rigid endoscopy was suggested as an alternative PDT technique (14, e41).
- The intraoperative creation of a false passage during PDT was described as early as 1992 (e113).
- Postoperative dislocation of the tracheal cannula after PDT with failed reinsertion is caused by the curtain phenomenon. During cannula change, the thyroid, muscular or adipose tissue may shift and cover the tracheostomy, impeding re-insertion of the cannula. In case of difficult airway, it may be impossible to quickly reintubate the patient. Higher accidental decannulation rates after PDT were reported compared with OST (16). However, similar courses with fatal outcome occurred with OST as well (e11, e20, e50, e74, e103). A stoma without securing suture to the trachea has the same potential risks as a stoma created by PDT, due to the curtain phenomenon (e74).
- Tracheal cannula obstruction by blood clot or mucus plug do occur, regardless of the method used (e38, e43, e45, e92, e106, e116).
- Accidental decannulation may lead to fatal outcomes (e50, e112, e115).

Incidence of tracheotomy-related deaths

The exact reasons for the differences between the incidences of tracheotomy-related deaths reported by various authors are unknown; possible factors include differences in scope as well as small patient samples (17) and reference to procedures performed many years ago when other surgical techniques were used (18) (Table 5). Compared with other papers, our review is based on the largest number of deaths and the largest number of tracheotomies performed. Consequently, it is difficult to precisely state the incidence of tracheotomy-related deaths. In our analysis presented here, the death rate is 1.4% (352 deaths on 25 056 tracheotomies). However, it is very likely that this rate may be over- or underestimated; thus, it should not be considered as being representative of the true rate. Death statistics report similar rates for PDT and OST; however, one limitation is that for 190 deaths no information on the technique used for tracheotomy was available, besides the lack of epidemiological data. Our review did not confirm the reported finding of higher operative mortality with OST compared to PDT (3% versus 0%) (19). This finding was flawed because for PDT references from the current literature were selected, while for OST references from the literature published between 1969 and 1981 were used which do not reflect

TABLE 4

False passage-related fatal complications

False passage (n = 32) and its consequences (n = 44) ^{*1}	PDT		OST		n.s.	
	n	% ^{*2}	n	(%) ^{*2}	n	(%)
Intraoperative bleeding (n = 6)	5	11.3	1	2.3	0	
Postoperative bleeding (n = 17)	12	27.3	5	11.3	0	
Pneumothorax (n = 12)	10	22.7	2	4.6	0	
Tracheoesophageal fistula (TEF) (n = 6)	5	11.3	1	2.3	0	
Loss of airway (n = 3)	3	6.8	0		0	

n.s., not specified; OST, open surgical tracheostomy; PDT, percutaneous dilatational tracheostomy;
^{*1} multiple complications included
^{*2} related to 44 events

TABLE 5

Loss of airway with fatal outcome

Loss of airway (n = 57)	PDT		OST		n.s.	
	n	%	n	%	n	%
Intraoperative (n = 14)	11	33.3	3	17.6	0	0
Postoperative (n = 43)	22	66.7	14	82.4	7	100

n.s., not specified; OST, open surgical tracheostomy; PDT, percutaneous dilatational tracheostomy

today's OST techniques and generally improved safety standards. Likewise, the assumption that the majority of meta-analyses demonstrate reduced procedure-related mortality for PDT (20) is not tenable, as it conveys a false sense of security for PDT. The mortality rates we found for PDT (0.67%; 95% CI [0.56; 0.81]) und OST (0.62% [0.47; 0.82]) are based on the total number of 16 827 PDTs and 7934 OSTs. From the perspective of medical law, it should be noted that, according to the currently available data, the risk of tracheotomy-related death appears to be the same for both techniques as they are practiced today.

Limitations

Our review found numerous documentation shortcomings. We identified 190 tracheotomy-related deaths where no information about the method of tracheotomy used had been recorded. Time-of-death data were missing in 196 cases, while information about the place of tracheotomy and the place of death (intensive care unit, operating room, regular ward) was not available in 242 cases. Gender data were missing in 136 cases, while in 216 cases information about gender was reported (125 men, 91 women). The primary disease was documented in 203 deaths, but was missing in 149 deaths. In 40

cases, autopsy results were reported as part of quality assurance protocols and in 7 cases autopsy was refused. In 305 deaths, no information about whether an autopsy had been performed was available. The true number of tracheotomy-related deaths is difficult to determine. It is reasonable to assume that some fatal outcomes remain unreported. Publication bias is obviously an issue as not every death is published in the literature. Numerous tracheotomy-related studies, addressing a broad range of questions, have been conducted, but complications were not documented; thus, a number of deaths may remain unrecognized. Additional unreported cases may occur when in studies tracheotomy-related deaths are included under “deaths and survivals” without further comment. Brass et al. (8) confirmed that numerous studies are flawed by shortcomings and inaccuracies, resulting in a low level of evidence for certain aspects of tracheotomy-related mortality.

Conclusion

From the perspective of medical law, it should be noted that, according to the currently available data, the risk of tracheotomy-related death appears to be the same for both techniques as they are practiced today. Performing tracheotomies below the level of the 4th tracheal ring is dangerous due to the vascular anatomy in this area. It is recommended to use rigid tracheobronchoscopy in cases of severe hemorrhage because of the good visibility and high suction capacity for blood offered by this method. Rigid endoscopy should be available whenever surgical procedures involving the trachea, including PDT, are performed. Tracheotomies should not be performed by inexperienced surgeons. Extensive knowledge of the anatomy and the techniques of PDT and OST is crucial, as is training by experienced ENT surgeons, general surgeons, and

intensivists. To improve tracheotomy quality management and care and to prevent fatal complications, tracheotomy-related deaths should be given more attention in the future, e.g. by publishing case reports (21). Given the successful reduction of peri-operative mortality and positive experiences with interdisciplinary communication prior to surgical procedure, it appears advisable to recommend the use the WHO’s Surgical Safety Checklist for tracheotomies as well, regardless of the place where they are performed (13).

Acknowledgement

We would like to extend our thanks to the physicians Dr. Ulrike Mattarei, Dr. Andreas Deutscher and Günther Gehrka for translating references relevant to our review and to the staff of the Scientific Library of the Municipal Hospital Dresden for their support.

Conflict of interest statement

The authors declare that no conflict of interest exists.

Manuscript received on 2 September 2016; revised version accepted on 9 February 2017

Translated from the original German by Ralf Thoene, MD.

REFERENCES

1. Freeman BD, Morris PE: Tracheostomy practice in adults with acute respiratory failure. *Crit Care Med* 2012; 40: 2890–6.
2. Das P, Zhu H, Shah RK, Roberson DW, Berry J, Skinner ML: Tracheotomy-related catastrophic events: results of a national survey. *Laryngoscope* 2012; 122: 30–7.
3. Wise H: Experience of complications of percutaneous dilatational tracheostomy. *Anaesthesia* 2002; 57: 195–7.
4. Koitschev A, Paasch S, Plinkert PK: Die perkutane Dilatationstracheotomie nach Ciaglia unter endoskopischer Kontrolle. Analyse von komplikationsträchtigen Schritten. *HNO* 1998; 46: 678–83.
5. Kost KM: Endoscopic percutaneous dilatational tracheotomy: a prospective evaluation of 500 consecutive cases. *Laryngoscope* 2005; 115: 1–30.
6. Kost KM: Tracheostomy in the intensive care unit setting. In: Myers EN, Johnson JT (eds.): *Tracheotomy, airway management, communication, and swallowing*. 2. edition. San Diego, USA: Plural Publishing Inc. 2008.
7. Klemm E, Nowak A: *Kompodium der Tracheotomie*. Heidelberg: Springer Medizin 2012.
8. Brass P, Hellmich M, Ladra A, Ladra J, Wrzosek A: Percutaneous techniques versus surgical techniques for tracheostomy (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 7: CD008045.
9. Shah RK, Landner L, Berry JG, Nussenbaum B, Merati A, Roberson DW: Tracheotomy outcomes and complications: a national perspective. *Laryngoscope* 2012; 122: 25–9.
10. Ciaglia P, Firsching R, Syniec C: Elective percutaneous dilatational tracheostomy: a new simple bedside procedure; preliminary reports. *Chest* 1985; 87: 715–9.
11. Oreadi D, Carlson ER: Morbidity and mortality associated with tracheotomy procedure in a university medical centre. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41: 974–7.
12. Young E, Pugh R, Hanlon R, et al.: Tracheal stenosis following percutaneous dilatational tracheostomy using the single tapered dilator: an MRI study. *Anaesth Intensive Care* 2014; 42: 745–51.
13. Fudickar A, Hörle K, Wildfang J, Bein B: The effect of the WHO surgical safety checklist on complication rate and communication. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 695–701.

KEY MESSAGES

- The incidence of tracheotomy-related deaths is similar for percutaneous dilatational tracheostomy and open surgical tracheostomy.
- Hemorrhage, loss of airway, and false passage are the most common causes of tracheotomy-related deaths.
- For the future, more extensive and complete documentation of tracheotomy-related deaths is desirable to enable better quality management.
- The prevention and control of complications leading to tracheotomy-related deaths should be taken into consideration when tracheal procedures are planned and aftercare is provided—encouraged is, for example, the systematic use of a checklist, such as the WHO’s Surgical Safety Checklist.

14. Nowak A, Klemm E: Percutaneous dilatational tracheotomy using the tracheotomy endoscope. *Laryngoscope* 2011; 121: 1490–4.
15. Angel LF, Simpson CB: Comparison of surgical and percutaneous dilatational tracheostomy. *Clin Chest Med* 2003; 24: 423–9.
16. Higgins KM, Punthakee X: Meta-analysis comparison of open versus percutaneous tracheostomy. *Laryngoscope* 2007; 117: 447–54.
17. Oliver ER, Gist A, Gillespie MB: Percutaneous versus surgical tracheotomy: an updated meta-analysis. *Laryngoscope* 2007; 117: 1570–5.
18. Dulguerov P, Gysin C, Perneger TV, Chevrolet JC: Percutaneous or surgical tracheostomy: a meta-analysis. *Crit Care Med* 1999; 27: 1617–25.
19. Cheng E, Fee WE: Dilatational versus standard tracheostomy, a meta-analysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000; 109: 803–7.
20. Mallick A, Bodenham AR: Tracheostomy in critically ill patients. *Eur J Anaesthesiol* 2010; 27: 676–82.
21. Gagnier JJ, Riley D, Altman DG, et al.: The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 603–8.

Corresponding author
 Dr. med. Andreas Karl Nowak
 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Städtisches Klinikum Dresden
 Friedrichstr. 41,
 01067 Dresden, Germany
 nowak-an@khdf.de

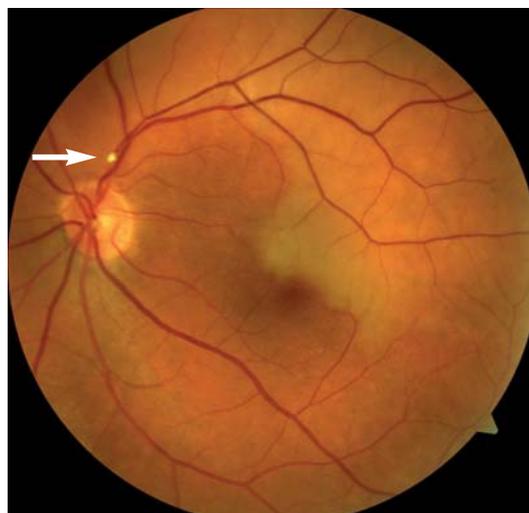
Supplementary material
 For eReferences please refer to:
www.aerzteblatt-international.de/ref1617

eFigures, eBoxes, and eTables:
www.aerzteblatt-international.de/17m0273

CLINICAL SNAPSHOT

Sudden Visual Shadow in a 70-Year-Old Man

A 70-year-old man complained of shadow vision in one eye since the morning. He was concerned about a possible retinal detachment. Fundoscopy revealed occlusion of the superior temporal artery by a cholesterol embolus and resulting ischemic edema of the affected areas of the retina. The main causes of retinal artery occlusion are atherosclerosis-associated thrombosis, embolism from the carotid circulation, giant-cell arteritis, and embolism from the heart. After evaluation for risk factors, this patient was given rheologic treatment. The source of his embolism was identified as atherosclerotic plaques in the internal carotid artery.



Fundoscopy reveals a yellow cholesterol embolus (arrow) and a resulting area of ischemia

A vascular surgical intervention was not indicated. He was treated over the long term with ASA 100 mg/day. The sudden appearance of a shadow in the visual field is always an indication for an emergency ophthalmologic examination.

Dr. med. Thomas Zschockelt, Prof. Dr. med. Josef Schmidbauer,
 Universitätsklinik für Augenheilkunde, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg,
 Thomas.Zschockelt@klinikum-nuernberg.de

Conflict of interest statement
 The authors declare that no conflict of interest exists.

Translated from the original German by Ethan Taub, M.D.

Cite this as:
 Zschockelt T, Schmidbauer J: Sudden visual shadow in a 70-year-old man.
Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 279. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0279

Supplementary material to:

Tracheotomy-Related Deaths

A Systematic Review

by Eckart Klemm and Andreas Karl Nowak

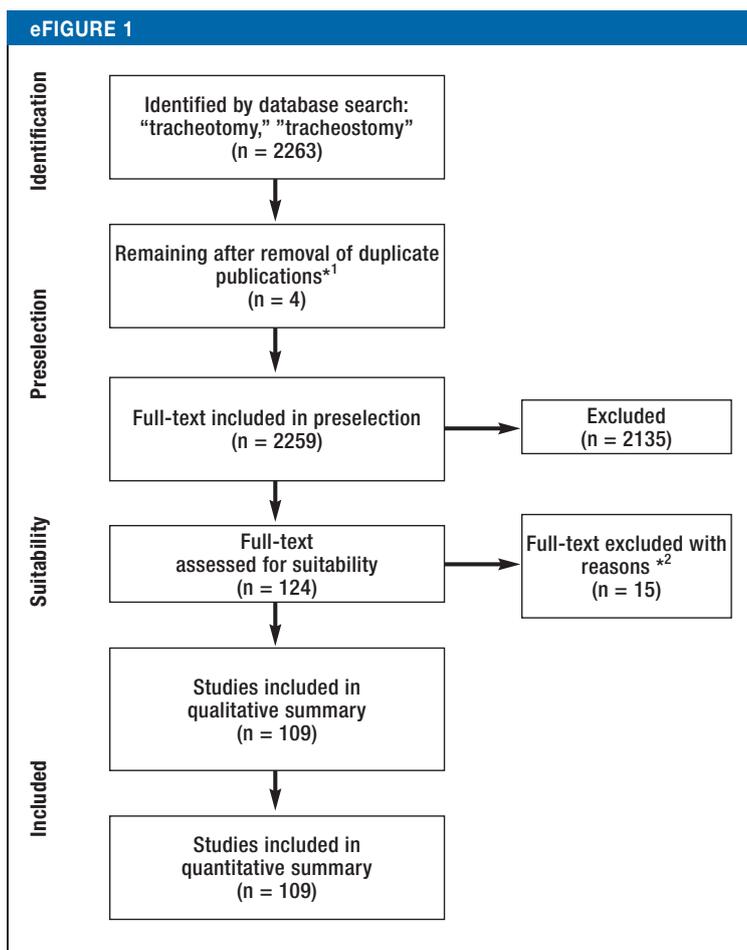
Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 273–9. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0273

eREFERENCES

- e1. Parks SN: Discussion to Graham. *J Trauma Injury Infect Crit Care* 1996; 42: 248–9.
- e2. Graham JS, Mulloy RH, Sutherland FR, Rose S: Percutaneous versus open tracheostomy: a retrospective cohort outcome study. *J Trauma Injury Infect Crit Care* 1996; 42: 245–8.
- e3. Hill BB, Zweng TN, Maley RH, Charash WE, Toursarkissian B, Kearney PA: Percutaneous dilatational tracheostomy: report of 356 cases. *J Trauma* 1996; 41: 238–43.
- e4. Fraipont V, Lambermont B, Ghaye B, et al.: Unusual complication after percutaneous dilatational tracheostomy: pneumoperitoneum with abdominal compartment syndrome. *Intensive Care Med* 1999; 13: 1334–5.
- e5. Hinermann R, Alvarez F, Keller CA: Outcome of bedside percutaneous tracheostomy with bronchoscopic guidance. *Intensive Care Med* 2000; 26: 1850–6.
- e6. Fikkers BG, van Heerbeek N, Krabbe P, Marres H, van den Hoogen F: Percutaneous tracheostomy with the guide wire dilating forceps-technique: presentation of 171 consecutive patients. *Head Neck* 2002; 24: 625–31.
- e7. Kaylie DM, Wax MK: Massive subcutaneous emphysema following percutaneous tracheostomy. *Am J Otolaryngol* 2002; 23: 300–2.
- e8. Beiderlinden M, Adamzik M, Peters J: Conservative treatment of tracheal injuries. *Anesth Analg* 2005; 100: 210–4.
- e9. Espinoza A, Rosseland LA, Hovdenes J, Stubhaug A: Paratracheal placement of orotracheal tube: a complication when aborting percutaneous tracheotomy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2011; 55: 897–8.
- e10. Porter JM, Ivatury RR: Preferred route of tracheostomy—percutaneous versus open at the bedside: a randomized, prospective study in the surgical intensive care unit. *Am Surg* 1999; 65: 142–6.
- e11. Kapadia FN, Bajan KB, Raje KV: Airway accidents in intubated intensive care patients: an epidemiological study. *Crit Care Med* 2000; 28: 659–64.
- e12. Schäfer C: Vergleich zweier Dilatationstracheotomieverfahren bei intensivpflichtigen Patienten hinsichtlich auftretender Frühkomplikationen (perkutane Punktionstracheotomie mit der Blue Rhino Technik nach Ciaglia versus PercuTwist). Dissertation Universität Greifswald 2007.
- e13. Roya N: Perkutane Tracheotomie nach kardiochirurgischen Eingriffen. Dissertation Humboldt-Universität Berlin 2000.
- e14. Giemsa A: Primäre versus sekundäre Tracheotomie bei Rekonstruktionseingriffen im Kiefer- und Gesichtsbereich. Eine retrospektive Untersuchung 1996 bis 2005. Dissertation Universität Würzburg 2010.
- e15. Schubert S: Tracheotomie, Erfahrungsbericht von 1959–1989 der Klinik und Ambulanz für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. Dissertation Universität Leipzig 1993.
- e16. Toursarkissian B, Zweng TN, Kearney PA, Pofahl WE, Johnson SB, Barker DE: Percutaneous dilatational tracheostomy: Report of 141 cases. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 862–7.
- e17. Aust W, Sandner A, Neumann K, Löwe S, Knipping S, Bloching M: Stomal metastases after translaryngeal tracheotomy (TLT) according to Fantoni: a rare complication. *HNO* 2007; 55: 114–7.
- e18. Knipping S, Schmidt A, Bartel-Friedrich S: Dilatational tracheotomy in head and neck surgery. *Laryngo Rhino Otol* 2016; 95: 29–36.
- e19. Goldenberg D, Ari EG, Golz A, Danino J, Netzer A, Joachims HZ: Tracheotomy complications: a retrospective study of 1130 cases. *Otolaryngol Haed Neck Surg* 2000; 123: 495–500.
- e20. Goldenberg D, Golz A, Netzer A, Joachims HZ: Tracheotomy: changing indications and review of 1130 cases. *J Otolaryngol* 2002; 31: 211–5.
- e21. Cook TM, Woodall N, Harper J, Bengner J: Major complications of airway management in UK: results of the fourth national audit project of the royal college of anaesthetists and the difficult airway society. Part 2: intensive care and emergency departments. *BJA* 2011; 106: 632–42.
- e22. Allen LH: Percutaneous tracheostomy in the intensive care unit. *Aust J Otolaryng* 1992; 1: 130–3.
- e23. Ayoub OM, Griffiths MV: Aortic arch laceration: a lethal complication after percutaneous tracheostomy. *Laryngoscope* 2007; 117: 1–3.
- e24. Barba CA, Angood PB, Kauder DR et al.: Bronchoscopic guidance makes percutaneous tracheostoma a safe, cost-effectiveness, and easy-to-teach procedure. *Surgery* 1995; 118: 879–83.
- e25. Barranco R, Leocini A, Molinelli A, Ventura F: A fatal case of iatrogenic aortic arch rupture occurred during a tracheostomy. *Forensic Sci Int* 2016; 259: e5–8.
- e26. Bauer HG, Just T, Drücke D, Buthut HP: Truncus brachio-cephalicus-Blutung als Tracheostomakomplikation mit hoher Letalität. *J Ans Ints* 2006; 41: 31–2.
- e27. Bause H, Prause A: Stellenwert und Komplikationen der minimalinvasiven perkutanen Tracheotomieverfahren. *J Ants Ins* 1999; 34: 659–64.
- e28. Berrouschot J, Oeken J, Steiniger L, Schneider D: Perioperative complications of percutaneous dilatational tracheostomy. *Laryngoscope* 1997; 107: 1538–44.
- e29. Brendel S: Neue Tracheotomietechniken auf der Intensivstation. Dissertation Universität München 2005.
- e30. Büsch G: Indikationen, Techniken und Ergebnisse der Dilatations-tracheotomien. Dissertation Universität Leipzig 2006.
- e31. Byhahn C, Lischke V, Meininger D, Halbig S, Westphal K: Perioperative complications during percutaneous tracheostomy in obese patients. *Anaesthesia* 2005; 60: 12–5.
- e32. Chiu CT, Chung YH, Lu HI, Lin MC: Weaning of long-term mechanically-ventilated patients following video bronchoscopy-guided percutaneous dilatational tracheostomy. *Chang Gung Med J* 2005; 28: 829–36.
- e33. Cobean R, Beals M, Moss C, Bredenberg CE: Percutaneous dilatational tracheostomy, a safe, cost-effective bedside procedure. *Arch Surg* 1996; 131: 265–71.
- e34. Cokis C, Towler S: Tracheo-innominate fistula after initial percutaneous tracheostomy. *Anaesth Intensive Care* 2000; 28: 566–9.
- e35. Cole IE: Elective percutaneous (rapitrac) tracheotomy: results of a prospective trial. *Laryngoscope* 1994; 104: 1271–5.
- e36. Cordes SR, Best A, Hiatt KK: The impact of obesity on adult tracheostomy complication rate. *Laryngoscope* 2015; 125: 105–10.
- e37. Dempsey GA, Grant CA, Jones TM: Percutaneous tracheostomy: a 6 year prospective evaluation of a single tapered dilator technique. *BJA* 2010; 105: 782–8.
- e38. Dennis BM, Eckert MJ, Gunter OL, Morris JA, May AK: Safety of bedside percutaneous tracheostomy in the critical ill: evaluation of more than 3 000 procedures. *J Am Coll Surg* 2013; 216: 858–65.

- e39. Dost P, Koeser K: Komplikationen der dilatativen Punktionstracheotomie in deutschen Hals-Nasen-Ohren-Abteilungen. *Laryngo-Rhino-Otol* 1999; 78: 81–5.
- e40. Drage SM, Soo CP, Dexter T: Delayed presentation of tracheo-oesophageal fistula following percutaneous dilatational tracheostomy. *Anaesthesia* 2002; 57: 926–43.
- e41. Klemm E: Dilatational tracheotomy using the KLEMM tracheotomy endoscope. 2nd edition. Tuttlingen: Endo-Press 2008; 1–39.
- e42. Douglas WE, Flabouris A: Surgical emphysema following percutaneous tracheostomy. *Anesth Intensive Care* 1999; 27: 69–72.
- e43. El Solh AA, Jaafar W: A comparative study of the complications of surgical tracheostomy in morbidly obese critically ill patients. *Crit Care* 2007; 11: R3.
- e44. Escarment J, Suppini M, Sallaberry E, Kaiser E, Cantais E, Palmier B: Percutaneous tracheostomy by forceps dilation: report of 162 cases. *Anaesthesia* 2000; 55: 125–30.
- e45. Fikkers B, Statts M, Lardenoij SGGF, van den Hoogen FJA, van der Hoeven JG: Comparison of two percutaneous tracheostomy techniques, guide wire dilating forceps and ciaglia blue rhino: a sequential cohort study. *Crit Care* 2004; 8: R299–R305.
- e46. Fikkers B: Percutaneous tracheostomy on the intensive care unit. In: Chapter 3. Tracheostomy for long-term ventilated patients: a postal survey of ICU practice in the Netherlands. 2003. www.hdl.handle.net/2066/19484 (last accessed on 1 February 2017).
- e47. Franz E: Komplikationen nach prolongierter Intubation und Tracheotomie. Dissertation Universität Rostock 1990.
- e48. Freeman BD, Isabella K, Cobb JP, et al.: A prospective, randomized study comparing percutaneous with surgical tracheostomy in critically ill patients. *Crit Care Med* 2001; 29: 926–30.
- e49. Friedman Y, Mayer AD: Bedside percutaneous tracheostomy in critically ill patients. *Chest* 1993; 104: 532–5.
- e50. Friedman Y, Fildes J, Mizock B, et al.: Comparison of percutaneous and surgical tracheostomies. *Chest* 1996; 110: 480–5.
- e51. Geng N: Morphologische Folgen nach Tracheotomie aus anästhesiologischer, chirurgischer und laryngologischer Sicht. Dissertation Medizinische Akademie Dresden 1991.
- e52. Gilbey P: Fatal complications of percutaneous dilatational tracheostomy. *Am J Otolaryngol* 2012; 33: 770–3.
- e53. Grant CA, Dempsey G, Harrison J, Jones T: Tracheo-innominate artery fistula after percutaneous tracheostomy: three case reports and a clinical review. *BJA* 2006; 96: 127–31.
- e54. Griggs WM, Myburgh JA, Worthley LIG: A prospective comparison of a percutaneous tracheostomy technique with standard surgical tracheostomy. *Intensive Care Med* 1991; 17: 261–3.
- e55. Grundmann T, Brachtel E, Kehrl W: Tracheo-arterielle Anomafistel—Eine seltene Komplikation nach trachealer Stent-Behandlung. *Laryngo Rhino Otol* 1999; 78: 91–6.
- e56. Gupta P, Modrykamien A: fatal case of tension pneumothorax and subcutaneous emphysema after open surgical tracheostomy. *J Intensive Care Med* 2014; 29: 298–301.
- e57. Hamilton JS, Avita S, Osborne F: Preventing posterior tracheal wall perforation in percutaneous dilatational tracheotomy. *Ear Nose Throat J* 2007; 546–8.
- e58. Halum SL, Ting JY, Plowman EK, et al.: A multi-institutional analysis of tracheotomy complications. *Laryngoscope* 2012; 122: 38–45.
- e59. Hazard P, Jones C, Benitone J: Comparative clinical trial of standard operative tracheostomy with percutaneous tracheostomy. *Crit Care Med* 1991; 19: 1018–24.
- e60. van Heurn LWE, van Geffen GJ, Brink PR: Clinical experience with percutaneous dilatational tracheostomy: report of 150 cases. *Eur J Surg* 1996; 162: 531–5.
- e61. Heyse, B: Die bronchoskopisch geführte Dilatationstracheotomie – Eine prospektive Untersuchung des Eingriffs bei 209 Patienten unter besonderer Berücksichtigung des Langzeitverlaufs. Dissertation Technische Universität München 1999.
- e62. Herzhoff G: Komplikationen der Tracheotomie im Erwachsenenalter. Retrospektive Studie über 303 offen-chirurgische Tracheotomien bei Erwachsenen an der HNO-Klinik des Universitätsklinikums der RWTH Aachen von 1992–1996. Dissertation RWTH Aachen 2005.
- e63. Hoiting O, van den Brule JMD, van Zwam PH, Hulsberger-van de Kaa CA, Fikkers BG: Late fatal bleeding after percutaneous dilatational tracheostomy. *Neth J Crit Care* 2010; 14: 335–7.
- e64. Hung JJ, Hsu HS, Huang CS, Yang KY: Tracheoesophageal fistula and tracheo-subclavian artery fistula after tracheostomy. *Europ J Cardio Thorac Surg* 2007; 32: 676–8.
- e65. Hutchinson RC: Letter to editor: Percutaneous dilatational tracheostomy. *Crit Care Med* 1991; 19: 1220–1.
- e66. Hürter H, Post-Stahnke A, Tolksdorf W: Tödliche Gefäßbarrosion nach Dilatationstracheotomie. *J Ants Ins* 2000; 35: 658–60.
- e67. Ivatury R, Siegel JH, Stahl WM, Simon R, Scorpio R, Gens DR: Percutaneous tracheostomy after trauma and critical illness. *J Trauma* 1992; 32: 133–40.
- e68. Joosten U, Sturbeck K, Hohlbach G: Die Punktionstracheotomie bei langzeitbeatmeten Intensivpatienten. *Langebecks Arch Chir Suppl. II* 1996; 113: 356–9.
- e69. Kapural I, Sprung J, Gluncic I, et al.: Tracheo-innominate fistula after tracheostomy. *Anesth Analg* 1999; 88: 777–80.
- e70. Klein M, Agassi R, Shapira AR, Kaplan D, Koiffman L, Weksler N: Can intensive care physicians safely perform percutaneous dilatational tracheostomy? An analysis of 207 cases. *IMAJ* 2007; 9: 717–9.
- e71. Klemm E, Henker M: Tracheotomie – Kritische Anmerkungen und Empfehlungen. *Mitteilungen Nordostdeutsche Gesellschaft für Otolaryngologie und zervikofaziale Chirurgie. ACRON Berlin* 1998; 3: 30–3.
- e72. Kearny PA, Griffen MM, Ochoa JB, Boulanger BR, Tseui BJ, Mentzer RM: A single-center 8-year experience with percutaneous dilatational tracheostomy. *Annals Surg* 2000; 231: 701–9.
- e73. Krusche B: Komplikationen nach Tracheotomie. Dissertation Universität Essen 1992.
- e74. Lee SH, Kim KH, Woo SH: The usefulness of stay suture technique in tracheostomy. *Laryngoscope* 2015; 125: 1356–9.
- e75. Letzsch T, Kaschke O: Früh- und Spätkomplikationen nicht außer Acht lassen. *HNO-Nachrichten* 2006; 36: 20–5.
- e76. Lim JW, Friedman M, Tanyeri H, Lazar A, Caldarelli DD: Experience with percutaneous dilatational tracheostomy. *Am Otol Rhinol Laryngol* 2000; 109: 791–6.
- e77. Lu KT, Yang SF, Ting MC: Tracheo-innominate fistula after tracheostomy—a case report. *Acta Anesthesiol Taiwan* 2005; 43: 237–41.
- e78. Lubnin AY, Popugaev KA: Massive arterial bleeding from tracheostomy: analysis of two cases. *Aneteziologiya i reanimatologiya* 2015; 60: 69–73.
- e79. Lukas J, Stritesky M: Tracheostomy in critically ill patients. *Bratisl Lek Listy* 2003; 104: 239–42.
- e80. Maeda K, Ninomiya M, Moyairi T, Morota T, Kitamura R, Takamoto S: Mediastinitis after percutaneous dilatational tracheostomy. *Thorac Cardiovasc Surg* 2002; 50: 123–4.
- e81. Malthaner RA, Telang H, Miller JD, McFadden S, Incelet RI: Percutaneous tracheostomy: is it really better? *Chest* 1998; 114: 1771–2.
- e82. Marelli D, Paul A, Manolidis S, et al.: Endoscopic guided percutaneous tracheostomy: early results of a consecutive trial. *J Trauma* 1990; 30: 433–5.
- e83. Martinez GH, Fernandez R, Casado MS, et al.: Tracheostomy tube in place at intensive care unit discharge is associated with increased ward mortality. *Respir Care* 2009; 54: 1644–52.
- e84. Marx WH, Ciaglia P, Granierio KD: Some important details in the technique of percutaneous dilatational tracheostomy via the modified seldinger technique. *Chest* 1996; 110: 762–6.

- e85. Mäser D: Lernkurve und Komplikationen verschiedener Tracheotomieverfahren. Dissertation Universität Frankfurt am Main 2004.
- e86. Massick DD, Yao S, Powell DM, et al.: Bedside tracheostomy in the intensive care unit: a prospective randomized trial comparing open surgical tracheostomy with endoscopically guided percutaneous dilational tracheostomy. *Laryngoscope* 2001; 111: 494–500.
- e87. Muhl E, Franke C, Bruch H: Verbesserte Technik der Dilatationstracheotomie und erste Ergebnisse. *AINS* 1995; 30: 497–500.
- e88. McCormick B, Manara AR: Mortality from percutaneous dilational tracheostomy. A report of three cases. *Anaesthesia* 2005; 60: 490–5.
- e89. McGuire G, El-Beheiry H, Brown D: Loss of the airway during tracheostomy: rescue oxygenation and re-establishment of the airway. *Can J Anaesth* 2001; 48: 697–700.
- e90. Mourelo M, Galeiras R, Pértega S, et al.: Tracheostomy in the management of patients with thermal injuries. *Indian J Crit Care Med* 2015; 19: 449–55.
- e91. Norwood S, Vallina VL, Short K, Saigusa M, Fernandez LG, McLarthy JW: Incidence of tracheal stenosis and other late complications after percutaneous tracheostomy. *An Surg* 2000; 232: 233–41.
- e92. Oggioni R, Gambi D, lamello R, Mascii F: La tracheotomia percutanea dilatativa. *Minerva Anestesiol* 1995; 61: 307–12.
- e93. Páez M, Buisán F, Almaraz A, Martínez-Martínez A, Munoz F: Traqueotomía percutánea con la técnica de Ciaglia Blue Rhino: un análisis crítico tras un año de experiencia. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2005; 52: 466–73.
- e94. Pandit RA, Jaques TC: Audit over 500 percutaneous dilational tracheostomies. *Crit Care Resusc* 2006; 8: 146–50.
- e95. Rassekh CH, Zhao J, Martin ND, Chalian AA, Atkins JH: Tracheostomy complications as a trigger for an airway rapid response: analysis and quality improvement considerations. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015; 153: 921–6.
- e96. Rosolski T, Soyka CM: Spannungspneumothorax nach Punktionstracheotomie. *J Ants Ins* 2006; 41: 36.
- e97. Ryan DW, Killner AJ: Another death after percutaneous dilational tracheostomy. *BJA* 2003; 93: 925–6.
- e98. Shlugman D, Sataya-Krishna R, Loh L: Acute fatal hemorrhage during percutaneous dilational tracheostomy. *BJA* 2003; 90: 517–20.
- e99. Shrager JB, Sing RF, Anderson HL, Reilly PM, Schwab CW: Percutaneous endoscopic tracheostomy. *Surgical Rounds University of Pennsylvania* 1994; 681–5.
- e100. Sollid SJM, Strand K, Soreide E: Percutaneous dilational tracheostomy in the ICU: a Norwegian survey focusing on perceived risk and safety attitudes. *Europ J Anaesth* 2008; 25: 925–32.
- e101. Simon M, Metschke M, Braune SA, Püschel K, Kluge S: Death after percutaneous dilational tracheostomy: a systematic review and analysis of risk factors. *Crit Care* 2013; 17: R258.
- e102. Soubirou JL, Pidupin A, Augeul G, et al.: Complication severe après une tracheotomie translaryngée. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002; 21: 728–30.
- e103. Stam MM, Custers H, Weijis W, Scheffler GJ: [Loss of airway after tracheotomy or laryngectomy, an algorithm for practice]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 159: A8686.
- e104. Stein M: Untersuchungen zur perkutanen Dilatationstracheotomie und Vergleich mit der konventionellen Tracheotomie. Dissertation Universität Leipzig 1997.
- e105. Stoeckli SJ, Breitbach T, Schmid S: A clinical and histologic comparison of percutaneous dilational versus conventional surgical tracheostomy. *Laryngoscope* 1997; 107: 1643–6.
- e106. Suh RH, Margulie DR, Hopp ML, Ault M, Shabot MM: Percutaneous dilational tracheostomy: still a surgical procedure. *Am Surg* 1999; 65: 982–6.
- e107. Sutarski S, Kuhlisch E, Rückriem S, Pohl M: Komplikationen nach Tracheotomie im Verlauf der neurologischen Frührehabilitation in Anhängigkeit vom Tracheotomiemodus. *J Ans Ins* 2006; 41: 72.
- e108. Tabaei A, Geng E, Lin J, et al.: Impact of neck length on the safety of percutaneous and surgical tracheostomy: a prospective, randomized study. *Laryngoscope* 2005; 115: 1685–90.
- e109. Tan CC, Lee HS, Balan S: Percutaneous dilational tracheostomy—a 3 year experience in a general hospital in Malaysia. *Med J Malaysia* 2004; 59: 591–7.
- e110. Tewarie L, Zayat R, Haefner H, et al.: Does percutaneous dilational tracheostomy increase the incidence of sternal wound infection—a single center retrospective of 4100 cases. *J Cardiothorac Surg* 2015; 10: 155.
- e111. Thompson EC, Fernandez LG, Norwood S, Wilkins H 3rd, Vallina VL: Percutaneous dilational tracheostomy in a community hospital setting. *South Med J* 2001; 94: 208–11.
- e112. Uhlig D: Vergleich der perkutanen Dilatationstracheotomie nach Fantoni, Griggs und Ciaglia. Dissertation Universität Greifswald 2010.
- e113. Wang MB, Berke GS, Ward PH, Calcaterra TC, Watts D: Early experience with percutaneous tracheostomy. *Laryngoscope* 1992; 102: 157–62.
- e114. Wang PK, Yen PS, Shyr MH, Chen TY, Chem A, Liu HAT: Endovascular repair of tracheo-innominate artery fistula. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2009; 47: 36–9.
- e115. Walz MK, Peitgen K, Thürauf N, et al.: Percutaneous dilational tracheostomy—early results and long-term outcome of 326 critically ill patients. *Intensive Care Med* 1998; 24: 685–9.
- e116. Wease GL, Frikker M, Villalba M, Glover J: Bedside tracheostomy in the intensive care unit. *Arch Surg* 1996; 131: 552–5.
- e117. Zehlicke T, Dommerich S, Rummel J, Pau HW: Letale Blutung aus dem Truncus brachiocephalicus – Spätkomplikationen nach Fehleinschätzung eines Dilatationstracheostomas bei rudimentärer Halsrippe. *Laryngo Rhino Otol* 2007; 86: 655–6.
- e118. NCEPOD National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. Tracheostomy care: on the right trach? www.ncepod.org.uk/2014tc.html (last accessed on 1 February 2017).
- e119. Hasanloji MAV, Mahoori A, Bazzazi AM, Golzari SE, Karami T: Percutaneous dilational tracheostomy and surgical created tracheostomy in ICU patients. *J Cardiovasc Thorac Res* 2014; 6: 43–6.
- e120. Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser (4-Steller) – 2015. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren5231401157015.xlsx?__blob=publicationFile (last accessed on 2 November 2016).
- e121. Leitlinie Tracheo-Bronchoskopie. AWMF online Register Nr. 017/061, Stand 07/2015. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-061L_S1_Tracheo_Bronchoskopie_2015-07.pdf (last accessed on 1 February 2017).



Flowchart of publication selection

OST, open surgical tracheostomy; PDT, percutaneous dilatational tracheostomy

*1 4 duplicate publications with 11 deaths

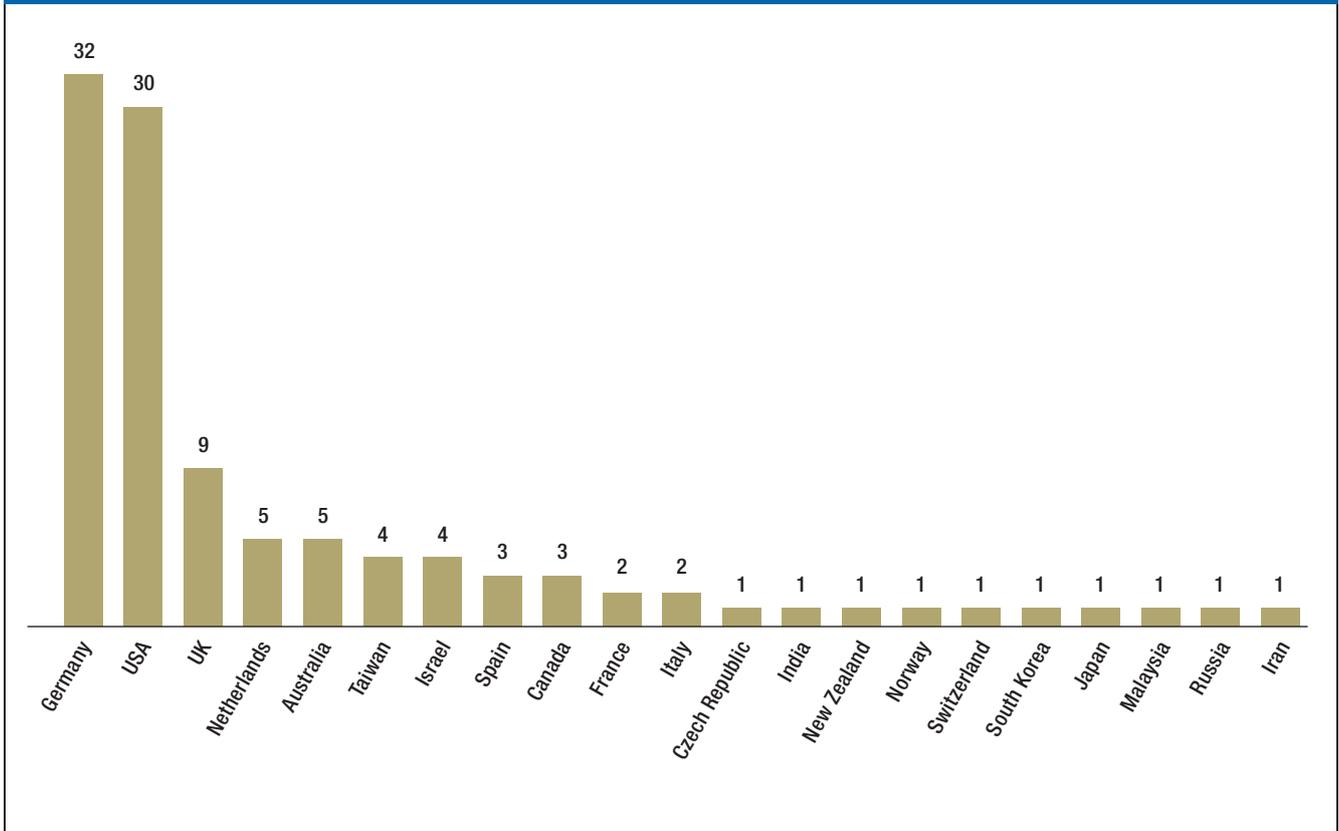
**2 8 publications with 10 deaths: PDT-related death not clear

2 publications with 3 deaths: OST-related death not clear

4 dissertations with 7 deaths: Tracheotomy-related death not clear

1 publication with 9 deaths: Not differentiated between brain damage and tracheotomy-related death

eFIGURE 2



Included publications with tracheotomy-related deaths, origin and number

eBOX 1

Supplementary information: Methods

Forty individual deaths were excluded from 15 publications and 4 duplicate publications for the following reasons (eFigure 1) (e1–e21):

- The connection between death and tracheotomy was not clear in 8 publications on percutaneous dilatational tracheostomy (PDT) with 10 deaths (e1–e9) and 2 publications on open surgical tracheostomy (OST) with 3 deaths (e10, e11), as well as in 3 dissertations on PDT with 4 deaths (e12–e14) and 1 dissertation on OST with 3 deaths (e15).
- Four duplicate publications were excluded with 3 PDT-related deaths (e3 and e17, e16 and e18) and 8 tracheotomy-related deaths where the surgical method was not specified (e19, e20).
- The borderline between severe irreversible brain damage and death was not clearly recognizable in 9 cases (e21).

eBOX 2

Supplementary information: Results

● Hemorrhage

During percutaneous dilatational tracheostomy (PDT), fatal intraoperative hemorrhages occurred in 9 cases (e25, e59–e61, e71, e88, e93, e97, e98). With open surgical tracheostomy (OST), one fatal intraoperative hemorrhage caused by false passage with incorrectly low tracheotomy above the 6th tracheal ring and immediate fatal brachiocephalic trunk hemorrhage was reported (e15). Postoperatively, arterial hemorrhages occurred in 50 cases and venous hemorrhages in 5 cases; in 10 cases, no information was provided. In 17 cases, postoperative hemorrhages occurred because the tracheotomies were performed too low. Anatomical variants as cofactors in fatal hemorrhages were reported in 9 cases, of these in 2 cases with OST (e41, e104) and 7 cases with PDT (e48, e63, e88, e93, e98, e112, e117). These variants comprised 3 high brachiocephalic trunks (e41, e63, e112), 1 atypical course of the subclavian artery (e98), 1 thyroid ima artery (e104), 1 variant of a large vein (e48), 1 altered anatomical situation after thyroid surgery for goiter (e93), 1 significant tracheal displacement due to pulmonary fibrosis (e88), and 1 cervical rib with aneurysm of brachiocephalic trunk (e117). In addition, the following rare sources of bleeding were described: combination of arterial and venous hemorrhage from the jugular vein and the brachiocephalic trunk, lying on top of each other (e63), common carotid artery (e72), thyroid ima artery (e104), jugular vein (e15, e48, e63), and tracheal stent treatment after tracheotomy with late bleeding complication caused by tracheo-innominate fistula (TIF) (e55). In one case, TIF was promoted by sepsis (e77) (Table 3).

● False passage-related complications

False passage was the cause of 6 intraoperative hemorrhages, 5 occurred along with PDT (e25, e41, e61, e88, e93) and one with OST (e15); severe false passage-related postoperative hemorrhages occurred in 17 cases. In 13 of these cases, tracheotomy was performed too low, between the 4th and 12th tracheal ring, resulting in TIF with fatal bleeding. Pneumothorax was reported in 10 cases with PDT (e28, e30, e34, e44, e57, e65, e70, e88, e93) and 2 cases with OST (e47, e89). Severe multiple injuries related to false passage were described in 12 cases with PDT (e30, e44, e71, e72, e88, e117) and in one case with OST (e47). In 5 cases, false passage primarily caused a tracheoesophageal fistula (TEF) (e30, e42, e57, e68, e72); in 3 of these cases the complication occurred despite the use of flexible endoscopy (e30, e57, e68) and in one case TEF occurred with OST (e47) (Table 4).

● Loss of airway

Loss of airway during or after tracheotomies was reported as cause of death in 57 cases, in 33 of these cases during or after PDT and in 17 cases during or after OST. In 7 cases, no information about the tracheotomy technique and the pathomechanisms was provided. PDT was performed with flexible endoscopy in 5 cases and without flexible endoscopy in 6 cases. Flexible endoscopy did not prevent dislocation of the endotracheal tube (Table 5) (e10–e12, e19, e27, e28, e33, e35, e38, e43–e45, e49, e52, e72, e74, e84, e86, e92, e100, e103, e106, e108, e112, e113, e115, e116). Failed re-intubation was reported as the cause of death in 11 patients (e10, e12, e35, e38, e52, e100, e106, e108). Four deaths with additional neck and laryngeal emphysema, infection-related neck swelling, or extreme obesity were reported (e 50, e112, e115). Two deaths were related to cannula dislocation, resulting from inadequate sedation (e44). Loss of airway due to cannula dislocation after PDT was reported in one patient with trisomy 21 (e33) (Table 5).

eTABLE 1

Publications with tracheotomy-related deaths

First author (reference)	Year	Number of OSTs ^{*1}	Number of PDTs ^{*2}	Number of tracheotomies with method not specified (n.s.)	Deaths
Allen (e22)	1992		100		1 ^{*2}
Aust (e17) Knipping (e18)	2007 2016		(2) 58		(2 ^{*2}) 2 ^{*2}
Ayoub (e23)	2007		1		1 ^{*2}
Barba (e24)	1995	21	27		1 ^{*2}
Barranco (e25)	2016		1		1 ^{*2}
Bauer (e26)	2006	2			2 ^{*1}
Bause (e27)	1999		1		1 ^{*2}
Berrouschof (e28)	1997		76		2 ^{*2}
Brendel (e29)	2005		130		1 ^{*2}
Büsch (e30)	2006	63	290		1 ^{*2}
Byhahn (e31)	2005		474		2 ^{*2}
Chiu (e32)	2005		107		1 ^{*2}
Cobean (e33)	1996		65		1 ^{*2}
Cokis (e34)	2000		1		1 ^{*2}
Cole (e35)	1994	25	55		1 ^{*2}
Cordes (e36)	2015	151			1 ^{*1}
Das (2)	2012			177	177
Dempsey (e37)	2010		572		2 ^{*2}
Dennis (e38)	2013		3162		5 ^{*2}
Dost (e39)	1999		2		2 ^{*2}
Drage (e40)	2002		1		1 ^{*2}
Klemm (e41)	2008	1	1		1 ^{*1} 1 ^{*2}
Douglas (e42)	1999		1		1 ^{*2}
El Solh (e43)	2007	427			4 ^{*1}
Escarment (e44)	2000		162		2 ^{*2}
Fikkers (e45)	2004		342		1 ^{*2}
Fikkers (e46)	2003	1	3		1 ^{*1} 3 ^{*2}
Franz (e47)	1990	25			1 ^{*1}
Freeman (e48)	2001	40	40		1 ^{*1}
Friedman (e49)	1993		100		1 ^{*2}
Friedman (e50)	1996	27	26		3 ^{*1}
Geng (e51)	1991	390			2 ^{*1}
Gilbey (e52)	2012		1		1 ^{*2}
Goldenberg (e19) Goldenberg (e20)	2000/ 2002	1130 (1130)			8 ^{*1} (8 ^{*1})
Grant (e53)	2006		3		3 ^{*2}
Griggs (e54)	1991	74	153		1 ^{*1}
Grundmann (e55)	1999	1			1 ^{*1}
Gupta (e56)	2014	1			1 ^{*1}
Hamilton (e57)	2007		1		1 ^{*2}
Halum (e58)	2012	972	203		7
Hazard (e59)	1991	24	22		1 ^{*1} 1 ^{*2}

First author (reference)	Year	Number of OSTs ⁺¹	Number of PDTs ⁺²	Number of tracheotomies with method not specified (n.s.)	Deaths
van Heuern (e60)	1996		147		1 ⁺²
Heyse (e61)	1999		209		1 ⁺²
Hill (e3) Toursarkissian (e16)	1996 1994		215 (141)		1 ⁺² (1 ⁺²)
Herzhoff (e62)	2005	303			1 ⁺¹
Hoiting (e63)	2010		2		2 ⁺²
Hung (e64)	2007	1			1 ⁺¹
Hutchinson (e65)	1991		1		1 ⁺²
Hürter (e66)	2000		1		1 ⁺²
Ivatury (e67)	1992		61		1 ⁺²
Joosten (e68)	1996		53		1 ⁺²
Kapadia (e11)	2000	79			1 ⁺¹
Kapural (e69)	1999	1			1 ⁺¹
Klein (e70)	2007		207		1 ⁺²
Klemm (e71)	1998		1		1 ⁺²
Kearny (e72)	2000		827		5 ⁺²
Krusche (e73)	1992	200			3 ⁺¹
Lee (e74)	2015	205			3 ⁺¹
Letzsch (e75)	2006		1		1 ⁺²
Lim (e76)	2000	50	261		2 ⁺²
Lu (e77)	2005		1		1 ⁺²
Lubnin (e78)	2015		2		2 ⁺²
Lukas (e79)	2003	408	87		1 ⁺¹ 1 ⁺²
Maeda (e80)	2002		1		1 ⁺²
Malthaner (e81)	1998		1		1 ⁺²
Marelli (e82)	1990		61		1 ⁺²
Martinez (e83)	2009			118	1
Marx (e84)	1996		254		1 ⁺²
Mäser (e85)	2004		200		1 ⁺²
Massick (e86)	2001	114	50		1 ⁺²
Muhl (e87)	1995		14		1 ⁺²
McCormick (e88)	2005		1187		3 ⁺²
McGuire (e89)	2001	1			1 ⁺¹
Mourelle (e90)	2015	7	13		1
Norwood (e91)	2000		422		1 ⁺²
Oggioni (e92)	1995		57		1 ⁺²
Páez (e93)	2005		38		2 ⁺²
Pandit (e94)	2006		501		1 ⁺²
Porter (e10)	1999	58	12		1 ⁺²
Rassekh (e95)	2015	14	8		1 ⁺¹
Rosolski (e96)	2006		1		1 ⁺²
Ryan (e97)	2003		1		1 ⁺²
Schäfer (e12)	2007		100		2 ⁺²
Schubert (e15)	1993	1964			2 ⁺¹
Shlugman (e98)	2003		1		1 ⁺²

First author (reference)	Year	Number of OSTs ^{*1}	Number of PDTs ^{*2}	Number of tracheotomies with method not specified (n.s.)	Deaths
Shrager (e99)	1994		400		1 ⁺²
Sollid (e100)	2008		4		4 ⁺²
Simon (e101)	2013		1873		3 ⁺²
Soubirou (e102)	2002		1		1 ⁺²
Stam (e103)	2015	1			1 ⁺¹
Stein (e104)	1997	124	100		1 ⁺¹
Stoeckli (e105)	1997	36	47		1 ⁺¹
Suh (e106)	1999		95		2 ⁺²
Sutarski (e107)	2006	76	112		1 ⁺²
Tabaee (e108)	2005	14	29		1 ⁺²
Tan (e109)	2004		352		1 ⁺²
Tewarie (e110)	2015		265		5 ⁺²
Thompson (e111)	2001		300		1 ⁺²
Uhlig (e112)	2010		162		2 ⁺²
Wang (e113)	1992		7		1 ⁺²
Wang (e114)	2009		1		1 ⁺²
Walz (e115)	1998		337		2 ⁺²
Wease (e116)	1996	204			1 ⁺¹
Zehlicke (e117)	2007		1		1 ⁺²
NCEPOD (e118)	2014	669	1530		4/1 ⁺¹
Hasanloi (e119)	2014	30	30		1 ⁺¹
Number of publications: 109		7934	16 827	295	49 ⁺¹ /113 ⁺² 190 n.s.

n.s., not specified; OST, open surgical tracheostomy; PDT, percutaneous dilatational tracheostomy

The figures in brackets represent duplicate publications with exclusion of the numbers.

*¹ OST

*² PDT

eTABLE 2

Free-text descriptions of tracheotomy-related deaths (first authors)

Description	First author (reference)
"death related to the procedure"	Angel (15), Barba (e24), Chiu (e32), Klein (e70), Sollid (e100), Tabae (e108)
"mortality directly related to the procedure"	Brass (8)
"procedure-related death"	Allen (e22), Kearny (e72)
"lethal complication"	Ayoub (e23)
"exitus letalis"	Bauer (e26), Geng (e51), Schubert (e15), Joosten (e68)
"Todesfall im Zusammenhang mit Tracheotomie" [death in connection with tracheotomy]	Bause (e27), Klemm (e71)
"patient died"	Berrouschot (e28), Drage (e40), Friedman (e50), Hazard (e59), Hung (e64), Hutchinson (e65), Kapural (e69), Lim (e76), Lu (e77), Massick (e86), Maeda (e80), Rassekh (e95), Shlugman (e98), Stoeckli (e105), Wang (e114)
"Tod" [death]	Brendel (e29), Franz (e47), Uhlig (e112), Walz (e115)
"woman died"	Byhahn (e31)
"death"	Cobean (e33), Cole (e35), Cordes (e36), Dulguerov (18), El Solh (e43), Fikkers (e46), Freeman (e48), Hasanloji (e119), Kost (5), Lukas (e79), Marelli (e82), NCEPOD (e118), Pandit (e94), Stam (e103), Suh (e106), Tan (e109), Thompson (e111), Toursarkissian (e16), Wang (e114), Walz (e115), Wease (e116)
"event death"	Das (2)
"patients died as a result of their complications"	Dempsey (e37)
"complications resulted in deaths"	Dennis (e38), Escarment (e44)
"Komplikationen nicht überlebt" [did not survive complications]	Dost (e39)
"deaths were directly attributed to the tracheotomy" and "mortality directly attributed to the tracheotomy"	Goldenberg (e19), Goldenberg (e20), Lee (e74)
"cause of death directly related to the procedure"	Gilbey (e52)
"death related to technique"	Griggs (e54)
"Patient verstarb" [patient died]	Grundmann (e55), Herzhoff (e62), Hürter (e66), Krusche (e73), Letzsch (e75), Schäfer (e12), Schubert (e15), Zehlicke (e117)
"Todesfall" [fatality]	Mäser (e85)
"she died"	Hamilton (e57), Ryan (e97), Malthaner (e81)
"one of them died"	Fikkers (e45)
"dying from the event"	Halum (e58)
"eingriffassoziiertes Todesfall" [procedure-related death]	Heyse (e61)
"death tracheostomy-related"	van Heuern (e60)
"procedure-related mortality"	Hill (e3)
"death directly related to the performance of percutaneous tracheostomy"	Ivatury (e67), McCormick (e88)
"death at the time of accident"	Kapadia (e11)
"Tod durch..." [death by...], "Tod wegen..." [death due to...]	Koitschev (4)
"mortality"	Kost (5, 6)
"death associated with the procedure"	Marx (e84)
"procedural mortality"	Mallick (20)
"death rate for PDT"	Norwood (e91)

Description	First author (reference)
"decesso riscontrato in relazione alla procedura" [procedure-related death], "decessi" [death]	Oggioni (e92)
"muerte" [death]	Páez (e93)
"leading to death"	Porter (e10)
"tracheotomy-related complication and death"	Shah (9)
"intraprocedural death"	Shrager (e99)
"fatality occurring", "fatality due", "being fatal", "proved fatal", "resulted in perioperative death"	Oliver (17)
"operative mortality"	Cheng (19)
"fatal erosive hemorrhage"	Klemm (e41)
"fatal bleeding", "pitfalls of PDT"	Hoiting (e63)
"le patient est décédé" [patient deceased]	Soubirou (e102)
"fatalities due to PDT", "PDT-related fatalities"	Simon (e101)
"haemorrhage flooded both lungs"	Cokis (e34)
"treatment be withdrawn"	Douglas (e42)
"cannula-related complications in ward", "ward deaths"	Martinez (e83)
"Blutaspiration mit Todesfolge" [aspiration of blood resulting in death]	Muhl (e87)
"three fatalities"	Grant (e53)
"Reanimation eingestellt" [cardiopulmonary resuscitation discontinued]	Rosolski (e96)
"Blutung, die zum Tode führte" [hemorrhage led to death]	Stein (e104)
"letale Blutung" [fatal hemorrhage]	Sutarski (e107)
"death possibly attributable to the technique of tracheostomy creation"	Freeman (e48)
"perioperative death", "postoperative death"	Friedman (e49)
"complications included death"	Higgins (16)
"a fatal complication observed"	Mourelo (e90)
"resulting in cardiac arrest"	McGuire (e89)
"metastasis as major late complication"	Aust (e17)
"occurrence of tracheostomy metastases"	Knipping (e18)
"infection-related in-hospital mortality"	Tewarie (e110)
"смерть" [death]	Lubnin (e78)

PDT, percutaneous dilatational tracheostomy

Spätkomplikationen nach Tracheotomie im ambulanten Pflegebereich

Late complications after tracheotomy in the nursing home

Autoren

Thomas Schrom¹, Julia Grode-Trübenbach², Linda Diederich¹, Marc Bloching²

Institute

- 1 Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, plastische Operationen, Helios-Klinikum Bad Saarow, Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Bad Saarow, Germany
- 2 Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie und Kommunikationsstörungen, Helios-Klinikum Berlin-Buch, Berlin, Germany

Schlüsselwörter

Dilatationstracheotomie, chirurgische Tracheostomie, Atemwegsmanagement, Spätkomplikationen, Pflegeeinrichtung

Key words

dilatation tracheotomy, surgical tracheostomy, airway management, late complications, nursing home

eingereicht 21.10.2019

akzeptiert 10.11.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1058-0440>

Online-Publikation: 25.11.2019

Laryngo-Rhino-Otol 2020; 99: 101–105

© Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York

ISSN 0935-8943

Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Schrom

Clinic for Oto-Rhino-Laryngology, Head- and Neck-Surgery/
Plastic Surgery, Helios-Clinics Bad Saarow, Teaching-hospital
of the Brandenburg Medical School Theodor Fontane,
Pieskower Str. 33, 15526 Bad Saarow, Germany

Tel.: ++49/3 36 31/7 31 71

Fax: ++49/3 36 31/7 30 71

thomas.schrom@helios-gesundheit.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Fortschritte der modernen Intensivmedizin haben zu einem drastischen Anstieg der Tracheotomie-Zahlen auf Intensivstationen geführt. Im Gegensatz zur chirurgischen epithelisierten Tracheostomie (ST) entsteht mittels perkutaner Dilatation angelegter Tracheotomie (PDT) ein nur wenig stabiles Stoma. Die Vorteile einer PDT im Vergleich zur ST lie-

gen in dem geringeren organisatorischen Aufwand, der damit verbundenen Kostenreduktion und der geringeren Invasivität des Verfahrens. Aufgrund des unterschiedlichen Atemwegsmanagements nach PDT können Spätkomplikationen vor allem in Pflegeeinrichtungen Probleme machen.

Material und Methoden Es wurden Pflegeeinrichtungen zum Tracheotomie-Typ und Kanülenmanagement ihrer tracheotomierten Patienten anhand eines standardisierten Fragebogens befragt. Der Fragebogen beinhaltete Angaben zum Patienten und zur Tracheotomie-Art, Angaben zum Kanülenmanagement und Angaben von Komplikationen am Tracheostoma in Art und Häufigkeit.

Ergebnisse Nahezu 2/3 der Patienten waren mit einer PDT versorgt. Die Komplikationsraten der PDT-versorgten Patienten in Bezug auf alle beobachteten Komplikationsarten waren statistisch hochsignifikant höher als in der Gruppe der ST-versorgten Patienten. Bei 80 % der mit einer PDT versorgten Patienten war im weiteren Verlauf die Einweisung in eine Klinik zur Tracheostomarevision notwendig versus 23 % bei den ST-versorgten Patienten.

Diskussion Eine PDT stellt in der postoperativen Nachsorge besondere Anforderungen an das Pflegepersonal. Die Entscheidung, welche Form der Tracheotomie für den zu behandelnden Patienten angelegt wird, sollte in Abhängigkeit von der Indikation im interdisziplinären Team erfolgen. Bei voraussichtlicher Längerfristigkeit der Tracheotomie sollte bereits initial eine chirurgische Tracheostomie angelegt werden.

ABSTRACT

Background Advances in modern intensive care have led to a sharp increase in the number of tracheotomies performed in intensive care units. In contrast to surgical epithelial tracheostomy (ST), a less sturdy stoma is created by means of percutaneous dilation of tracheotomy (PDT). The advantages of a PDT compared to ST are the simpler logistical efforts, associated cost reduction and minimally invasive nature of the process. However, due to variability in airway management, late complications can cause problems, especially in nursing homes.

Material and methods Nursing facilities were given a standardized questionnaire which included information about patient type, tracheotomy type, cannula management protocol, TK management protocol, type of complications occurring at the tracheostoma as well as frequency.

Results Nearly 66 % of the patients were treated with PDT. The complication rates of PDT patients were statistically and significantly higher for all observed complication types compared to the group of patients receiving ST care. 80 % of patients treated with PDT required readmission to clinic for tracheostoma revision, versus 23 % in the ST-patients.

Discussion A PDT places special demands on the nursing staff in postoperative aftercare. The decision as to which form of tracheotomy is best suited to a particular patient should be made with a multidisciplinary team and depending on the indication. Given the probable long-term nature of the tracheotomy, a surgical tracheostomy should be the therapy of first choice.

Hintergrund

Bis vor wenigen Jahren lag die Tracheotomie hauptsächlich in den Händen von Chirurgen und HNO-Ärzten [1] und erlebt seit Jahren eine regelrechte Renaissance [2]. Enorme Fortschritte der modernen Intensivmedizin haben dazu geführt, dass immer mehr kritisch kranke Patienten erfolgreich therapiert werden. So ist eine zu erwartende Langzeitbeatmung mittlerweile die Hauptindikation zur Tracheotomie und hat zu einem drastischen Anstieg der Tracheotomie-Zahlen auf Intensivstationen geführt [3].

Die Tracheotomie kann als Punktionsminitracheotomie, Dilatationstracheotomie (PDT) oder als offene chirurgische epithelisierte Tracheostomie (ST) durchgeführt werden. Gegenwärtig sind in Deutschland 6 perkutane Dilatationsverfahren erhältlich, alle basieren auf der Seldinger-Technik [4, 5]. Im Gegensatz zu den anderen Techniken erfolgt bei der translaryngealen Tracheotomie nach Fantoni die Trachealbougierung und Kanülenplatzierung in umgekehrter Richtung, also von innen nach außen [6]. Bei den perkutanen Tracheotomie-Verfahren sind hinsichtlich des Atemwegsmanagements wesentliche Unterschiede im Vergleich zur operativen Tracheostomie zu beachten [7]. Durch die mittels perkutaner Dilatation angelegte Tracheotomie entsteht ein primär nur wenig stabiles Stoma (► **Abb. 1**), da eine feste Verbindung zwischen Haut und Trachea fehlt [8]. So fordert die aktuelle S2-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ der deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., bei absehbarer außerklinischer Beatmung muss das Tracheostoma stabil sein [9]. Dies bedeutet die Schaffung eines epithelialisierten Tracheostomas mit Annäherung der Trachealwand an die Haut. Dadurch entsteht ein unmittelbar stabiles Stoma, das einen Kanülenwechsel zu jedem Zeitpunkt ermöglicht (► **Abb. 2**).

Die Komplikationen nach Tracheotomie werden in perioperative (< 24 Stunden postoperativ), postoperative (> 24 Stunden postoperativ) und späte Komplikationen eingeteilt [10]. Als häufigste perioperative Komplikationen bei der PDT sind Blutungen, Tubusfehlagen, Verletzungen der Tracheahinterwand, subkutane Emphyseme, Spannungspneumothorax und Tod zu nennen [11]. Betrachtet man die wenigen derzeit vorliegenden kontrollierten Studien mit ausreichender Patientenzahl, so ist die Rate an periinterventionellen Komplikationen zwischen chirurgischer und dilatativer Tracheotomie gleichermaßen niedrig [12, 13]. Postoperative Komplikationen beinhalten oft lokale Infektionen, die bei jeder Art der Tracheotomie auftreten können, bei der offenen Tracheostomie allerdings häufiger beobachtet werden können [1, 10, 14]. Bei Nichtbeachtung entsprechender

Kontraindikationen werden in der Literatur allerdings auch schwerwiegende postoperative Komplikationen nach PDT-Anlage beschrieben [15]. Angaben zu Spätkomplikationen finden sich in der Literatur allerdings nur selten [5], sodass Oliver in seiner 2007 publizierten Metaanalyse zu dem Schluss kommt, dass Spätkomplikationen nach Tracheotomie bisher nicht ausreichend untersucht wurden [16].

Im klinischen Alltag unserer HNO-Abteilung werden zunehmend PDT-Patienten aus Pflegeeinrichtungen konsiliarisch vorgestellt. Bei diesen Patienten zeigen sich am Tracheostoma oft erhebliche pflegerische Probleme bis hin zu lebensbedrohlichen Komplikationen, die zur Klinikeinweisung führen. Studien zur Einordnung dieser Problematik mit Angaben zur Größenordnung des PDT-Anteils unter den Pflegepatienten und den späten Komplikationen gab es bislang keine. Die vorliegende Studie soll über die Verteilung der konventionell-chirurgischen (ST) versus perkutan-dilatativen (PDT) Tracheotomie sowie deren späte Komplikationen in Art und Häufigkeit im definierten Umfeld der Pflegeeinrichtung Auskunft geben.

Material und Methoden

Die Studie wurde durch Beschluss der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin bewilligt (ETH-03/10). Im Rahmen einer retrospektiven Beobachtungsstudie wurden Pflegerinnen und Pfleger in Pflegeeinrichtungen innerhalb Berlins und Brandenburgs zum Tracheotomie-Typ und Kanülenmanagement ihrer tracheotomierten Patienten anhand eines standardisierten Fragebogens befragt. Der Fragebogen gliederte sich in allgemeine Angaben zur Pflegeeinrichtung, Angaben zum Patienten und zur Tracheotomie-Art, Angaben zum TK-Management und Angaben von Komplikationen am Tracheostoma in Art und Häufigkeit. Studienteilnehmer bzw. deren gesetzliche Vertreter wurden eingehend über die Studie aufgeklärt, die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme wurde eingeholt und die Datenerhebung anonymisiert. In die Auswertung gingen nur Fragebögen tracheotomierter Patienten ein, die zum Zeitpunkt der Befragung noch mit einer Trachealkanüle versorgt waren. Die statistische Aufarbeitung der Daten erfolgte unter Anwendung des exakten Tests nach Fisher und des Mann-Whitney-U-Tests. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0,05$ festgesetzt.



► **Abb. 1** Z. n. PDT-Tracheotomie nach Dekanülierung (8. Tag postoperativ).



► **Abb. 2** Z. n. Anlage eines chirurgischen Tracheostomas (2. Tag postoperativ).

► **Tab. 1** Tracheotomie-Indikationen im Gesamtkollektiv.

TS- Indikation	Anzahl (n=93)	Prozent (%)
Wachkoma (WK)	53	57
Langzeitbeatmung (LZB)	9	9,7
Aspirationsschutz (AS)	5	5,4
LZB + AS	6	6,4
LZB + WK	2	2,2
WK + AS	10	10,8
WK + LZB + AS	2	2,2
AS + Anderes	1	1,1
Anderes	3	3,2
k. A.	2	2,2

Ergebnisse

Es wurden 248 Fragebögen an Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg ausgegeben. Die Fragebögen von 94 Patienten aus 15 verschiedenen Pflegeeinrichtungen waren rückläufig. Das entsprach einer Rücklaufquote von 37,9%. 1 Fragebogen musste aus der Wertung genommen werden, da der Patient tracheotomiert, jedoch nicht mit einer Trachealkanüle versorgt war. Somit gingen 93 Fragebögen in die Wertung ein.

Das mittlere Alter der Patienten, die in die Studie eingeschlossen wurden, betrug $47,4 \pm 19,5$ Jahre (min: 17 Jahre, max: 90 Jahre). Die Verteilung der Geschlechter war mit 49 Männern (52,7%) zu 44 Frauen (47,3%) nahezu ausgeglichen.

Bei der Mehrheit der Patienten ($n = 53$; 57%) hat ein Wachkoma (WK) zur Tracheotomie geführt. Bei 9 Patienten (9,7%) lag eine Langzeitbeatmung (LZB) vor. 5 Patienten (5,4%) benötigten ein Tracheostoma als Aspirationsschutz (AS) bei Dysphagie. In 21 Fällen lagen Mehrfachnennungen vor, wobei die Kombination von Wachkoma und Aspirationsschutz bei Dysphagie in 10 Fällen (10,8%) am häufigsten vertreten war. Insgesamt waren 67 Patienten (72%) von einem Wachkoma betroffen. Bei 2 Patienten wurden zur Tracheotomie-Indikation keine Angaben gemacht (► **Tab. 1**).

Die Verteilung der Tracheotomie-Typen zeigte nahezu eine 2/3-Mehrheit zugunsten des perkutanen Dilatationstracheostomas PDT ($n = 61$; 65,6%) gegenüber dem konventionell-chirurgisch angelegten Tracheostoma ST ($n = 32$; 34,4%). Die Betreuungsdauer aller Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung zeigte eine breite Streuung von minimal 2,7 Wochen bis maximal 365 Wochen. Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller Patienten betrug $52,9 \pm 78,6$ (SD) Wochen. Die mit einer PDT versorgten Patienten lagen im Mittel $14,9 \pm 10,8$ (SD) Wochen, die ST-versorgten Patienten $124,9 \pm 99,4$ (SD) Wochen. Die Liegedauer der ST-Patienten gegenüber den PDT-Patienten war signifikant höher ($p < 0,001$; Mann-Whitney-U-Test).

Postinterventionelle, in der Pflegeeinrichtung beobachtete Spätkomplikationen sind in ► **Tab. 2** dargestellt. Insgesamt konnten bei 90 Patienten Spätkomplikationen mit der Tracheotomie

► Tab. 2 Spätkomplikationen nach Tracheotomie.

Komplikationen	gesamt	PDT (n = 61)	ST (n = 29)	p-Wert
TK-Entfernung erschwert	66	n = 55 (15,5 %)	n = 11 (3,1 %)	p < 0,001
TK-Einsatz erschwert	64	n = 54 (15,3 %)	n = 10 (2,8 %)	p < 0,001
Hustenreiz verstärkt	62	n = 51 (14,4 %)	n = 11 (3,1 %)	p < 0,001
Blutung/Granulation	57	n = 53 (15 %)	n = 4 (1,1 %)	p < 0,001
Aspiration	55	n = 51 (14,4 %)	n = 4 (1,1 %)	p < 0,001
Via falsa	50	n = 50 (14,1 %)	n = 0 (0 %)	p < 0,001
gesamt	354	314	40	

beobachtet werden, 61 Patienten mit einer PDT und 29 nach ST. Die Komplikationsraten der PDT-versorgten Patienten in Bezug auf alle beobachteten Komplikationsarten sind statistisch hochsignifikant höher als in der Gruppe der ST-versorgten Patienten. Die Entwicklung einer subglottischen Trachealstenose wurde in keiner Gruppe beobachtet. Bei den mit einer PDT versorgten Patienten resultierten 69 % der Komplikationen in wöchentlichen oder monatlichen Zeitabständen im Rahmen der täglichen Versorgung und Pflege der Tracheotomie des Patienten durch das medizinische Personal versus 14 % ST-versorgte Patienten. Unabhängig von einer Manipulation der Trachealkanüle im Rahmen der täglichen Versorgung konnte ebenfalls ein Unterschied der Komplikationshäufigkeiten zwischen beiden Gruppen festgestellt werden, 71 % PDT-Patienten versus 5 % ST-Patienten im wöchentlichen oder monatlichen Turnus. Bei 80 % der mit einer PDT versorgten Patienten war im weiteren Verlauf die Einweisung in eine Klinik zur Tracheostomarevision notwendig versus 23 % bei den ST-versorgten Patienten.

Diskussion

Mit dem Fortschritt der modernen Intensivmedizin steigt die Anzahl der langzeitbeatmeten Patienten stetig, was letztlich zu einer deutlichen Zunahme tracheotomierter Patienten führt [17]. Der Einsatz der Punktionsminitracheotomie, der Dilatationstracheotomie oder der offenen chirurgischen epithelisierten Tracheostomie sollte sich situationsabhängig an der Indikation und evtl. vorhandenen Kontraindikationen, der Erfahrung des Behandlers sowie der peri- und postinterventionellen Pflegesituation orientieren.

Auffällig ist allerdings ein besonders starker Anstieg der mit einer PDT versorgten Patienten [3, 8]. Mit mehr als 30 000 Anwendungen pro Jahr ist die PDT das zahlenmäßig bedeutendste Tracheotomie-Verfahren in Deutschland [13, 15]. Die Vorteile einer PDT liegen dabei auf der Hand. Die PDT wird im Allgemeinen „bedside“ unmittelbar auf der Intensivstation durchgeführt [18], was zu einer Zunahme der Patientensicherheit durch Vermeidung transportbedingter Zwischenfälle führt. Zusätzlich ist der organisatorische Aufwand geringer und damit kostensparender [19]. In aller Regel wird die PDT vom Intensivmediziner selbst durchgeführt. Bei den perkutanen Tracheotomie-Verfahren sind allerdings hinsichtlich des Atemwegsmanagements wesentliche Unterschiede

de im Vergleich zur operativen Tracheostomie zu beachten [7]. Durch die mittels perkutaner Dilatation angelegte Tracheotomie entsteht ein primär nur wenig stabiles Stoma. Ein ausreichend bindegewebig organisierter Kanal bildet sich erst ab dem 7. bis 10. postoperativen Tag aus [8]. Auch nach Ablauf dieser Zeitspanne kann beim Kanülenwechsel der Kanal komplett kollabieren oder die Schichten von Haut und Trachea tangential gegeneinander verschieben und den Kanülenwechsel schwierig oder unmöglich machen. Daher fordert Koscielnny in der Nachsorge nach PDT, dass der Patient jederzeit transoral oder translaryngeal intubierbar sein muss [5]. Mutlak empfiehlt in seiner Arbeit zum sicheren TK-Wechsel die Zuhilfenahme eines Bronchoskops [20]. Im Gegensatz dazu steht die chirurgische Tracheostomie, die ein unmittelbar stabiles Stoma schafft, das einen Kanülenwechsel zu jedem Zeitpunkt ermöglicht.

Spätkomplikationen nach Tracheotomie werden in aller Regel erst nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus, z. B. in Reha-Kliniken, Pflegeeinrichtungen oder im häuslichen Umfeld, manifest. Domerich berichtete 2001 über eine Untersuchung von 168 tracheotomierten Patienten in Rehabilitationseinrichtungen, wobei sich eine hochsignifikante Häufung von peristomalen Granulationen und obstruktiven Phonations- und Respirationsstörungen nach PDT zeigte [21]. Koitschev trug die qualitative Erfassung von Komplikationen nach Tracheostomie mittels PDT- und ST-Anlagen aus 107 deutschen HNO-Kliniken zusammen. In 64 % der Fälle wurde über Spätkomplikationen nach PDT berichtet. Am häufigsten wurden Probleme beim Kanülenwechsel, Granulationsbildungen, Trachealstenosen sowie ein erschwertes Dekanülement genannt. Die häufigsten Komplikationen nach konventioneller Tracheostomie waren Infektionen und Granulationen im Stomabereich [8]. Aufgrund des qualitativen Charakters der Studie war ein statistischer Vergleich der Komplikationshäufigkeiten allerdings nicht möglich. Letzsch analysierte 20 Patienten, die aus der intensivmedizinischen Behandlung direkt mit einer PDT in andere Kliniken oder Pflegeeinrichtungen verlegt worden waren. Es zeigte sich, dass es in 75 % der Fälle zu erschwertem TK-Wechsel kam, in 25 % der Fälle leichte Blutungen auftraten und in 15 % der Fälle eine akzidentelle Dekanülierung zu beobachten war [22].

Unsere Ergebnisse unterstreichen die o. g. Studien mehr als deutlich. Alle beobachteten Spätkomplikationen tracheotomierter Patienten in Pflegeeinrichtungen waren nach PDT statistisch hochsignifikant höher als in der Gruppe der ST-versorgten Patienten.

ten und belegen damit einen dringenden Handlungsbedarf. Die Entscheidung, welche Form der Tracheotomie für den zu behandelnden Patienten angelegt wird, sollte in Abhängigkeit von der Indikation im interdisziplinären Team erfolgen [11, 16, 23]. Bei voraussichtlicher Längerfristigkeit der Tracheotomie sollte bereits initial eine chirurgische Tracheostomie angelegt werden [5, 15, 16]. Dies gilt insbesondere bei einer geplanten Verlegung auf periphere Stationen oder Reha-Einrichtungen mit dem Ziel einer maximalen Patientensicherheit.

Schlussfolgerungen

Voraussetzung für eine niedrige Komplikationsrate eines Eingriffs ist die konsequente Beachtung der Indikation und Kontraindikation. PDTs in der außerklinischen Pflegeeinrichtung sind signifikant häufiger mit Komplikationen im täglichen Umgang vergesellschaftet. Die Entscheidung, welche Form der Tracheotomie für den zu behandelnden Patienten angelegt wird, sollte in Abhängigkeit von der Indikation im interdisziplinären Team erfolgen. Die dadurch erzielte Verbesserung der Ergebnisqualität führt letztlich zu einer höheren Patientensicherheit und sichert damit einen möglichen Reha-Erfolg.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Richter T, Sutarski S. Tracheostoma-Handhabung und Komplikationen. *Anaesthesist* 2009; 58: 1261–1274
- [2] Walz M. Die Tracheostomie. *Der Anästhesist* 2002; 51: 123–133
- [3] Westphal K. Chirurgische Tracheotomie und PDT. Sind beide Verfahren hinsichtlich der Langzeitergebnisse vergleichbar? PDT oder TLT? *Anaesthesist* 2002; 51: 679–681
- [4] Byhahn C, Wilke H, Halbig S et al. Percutaneous tracheostomy: Ciaglia Blue Rhino versus the basic Ciaglia technique of percutaneous dilational tracheostomy. *Anesth Analg* 2000; 91: 882–886
- [5] Koscielny S, Guntinas-Lichius O. Dilatation tracheotomy update: indications, limitations and management of complications. *HNO* 2009; 57: 1291–1300
- [6] Fantoni A, Ripamonti D. A non-derivative, non-surgical tracheostomy: the translaryngeal method. *Intensive Care Med* 1997; 23: 386–392
- [7] Gründling M, Quintel M. Perkutane Dilatationstracheotomie Indikationen – Techniken – Komplikationen. *Anaesthesist* 2005; 54: 929–944
- [8] Koitschev A, Graumueller S, Dommerich S et al. Die Tracheostomie in der Intensivmedizin – wird der HNO-Arzt noch gebraucht? *HNO* 2003; 51: 616–621
- [9] S2-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. http://www.pneumologie.de/fileadmin/pneumologie/downloads/Leitlinien/DGP_S2_LL_NIV_Home_final.pdf?cntmark
- [10] Tabae A, Geng E, Lin J et al. Impact of neck length on the safety of percutaneous and surgical tracheostomy: a prospective, randomized study. *Laryngoscope* 2005; 115: 1685–1690
- [11] Knipping S, Koesling S, Müller W et al. Acute insufficiency of ventilation during percutaneous tracheotomy. *Laryngorhinootologie* 2009; 88 (6): 405–406
- [12] Meininger D, Walcher F, Byhahn C. Tracheostomy in intensive care long-term ventilation: indications, techniques and complications. *Chirurg* 2011; 82 (2): 107–110
- [13] Klemm E, Nowak A. Tracheotomy-related deaths. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 273–279
- [14] Higgins K, Punthakee X. Meta-analysis comparison of open versus percutaneous tracheostomy. *Laryngoscope* 2007; 117: 447–454
- [15] Bast F, Buchal A, Schrom T. Perkutane Dilatationstracheotomie oder Tracheostomie? 2 Kasuistiken *HNO* 2015; 63: 220–223
- [16] Oliver E, Gist A, Gillespie M. Percutaneous versus surgical tracheostomy: an updated Meta-Analysis. *Laryngoscope* 2007; 117: 1570–1575
- [17] Westphal K, Byhahn C, Lischke V. Die Tracheotomie in der Intensivmedizin. *Anaesthesist* 1999; 48: 142–156
- [18] Kluge S, Baumann H, Klose H et al. Tracheostomy in the intensive care unit: a nationwide survey. *Anesth Analg* 2008; 107: 1639–1643
- [19] Wang S, Sercaz J, Blackwell K et al. Open bedside tracheotomy in the intensive care unit. *Laryngoscope* 1999; 109 (6): 891–893
- [20] Mutlak H. Postoperative Tracheotomie – Indikation, Technik, Ergebnisse. *Z Herz-Thorax- und Gefäßschir* 2016; 30: 385–398
- [21] Dommerich S, Graumüller S, Kramp B. Late sequelae of percutaneous tracheotomy compared to epithelized tracheostomy. *Otolaryngol Pol* 2001; 55: 47–51
- [22] Letzsch T, Kaschke O. Früh- und Spät komplikationen nicht außer Acht lassen. *HNO-Nachrichten* 2006; 36: 20–25
- [23] Mascia L, Terragni P. Tracheostomy in ICU patients: question of timing is question of indication. *Minerva Anestesiol* 2011; 77: 1137–1138

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.

	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP e.V.)	
	23.07.2021	
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	Einheitliche Verwendung der Begriffe Pflegefachpersonen bzw. Pflegeperson
		Eine einheitliche Verwendung zur eindeutigen Einordnung, sollte in allen bundeseinheitlichen Richtlinien ab 2021 (seit Einführung der Generalistischen Pflegeausbildung) vorgenommen werden.

§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte	
			Ablehnung	<p>In der AKI ist es schon heute gelebte Praxis, das Pflegefachkräfte eine Weiterbildung von 120 Stunden, als Leitungskräfte von 200 Stunden, zur AKI nachweisen müssen (durchgängig in den Ergänzungsvereinbarungen).</p> <p>Daher würde der Einsatz von geringer qualifizierten Kräften diese Regelungen obsolet machen.</p>
§ 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.	
			Wir befürworten die Aufnahme dieses Satzes.	<p>Siehe § 1 Abs. 1 Satz 3</p> <p>Allerdings sollte eine für alle Kassen verbindliche und verpflichtende Regelung/Vereinbarung geschaffen werden (Bundesrahmenempfehlungen)</p>

§ 1	Absatz 2		
§ 1	Absatz 3	Die mögliche Übernahme der medizinischen Behandlungspflege sollte in jedem Fall, von Kindes- bis Erwachsenenalter, der Selbsteinschätzung der An- und Zugehörigen obliegen.	Der Wunsch, das eigene Kind selbst zu versorgen, ist nachvollziehbar, allerdings werden die daraus resultierenden Belastungen oft unterschätzt! Hier sollten unabhängige Institutionen zur Verfügung stehen. Angehörige, die selbst in irgendeiner Form belastet sind, dürfen selbst keine Leistungen der medizinischen Behandlungspflege an Stelle zu besonders qualifizierten Pflegefachpersonen erbringen. Dies ist aufgrund der fachlich notwendigen Interventionsbereitschaft und der nicht näher genannten Notwendigkeit einer fachlichen- und persönlichen Qualifikation unverantwortlich.
§ 1	Absatz 4	<p>Streichung von Absatz 4 Satz 5 bzw. Formulierung erweitern, die die Geeignetheitsprüfung dem Versicherten oder der Versicherten überlässt (z.B. Kino, Theater, Fußballstadion, politische Veranstaltungen, Gasträume, Gaststättenbesuche etc.)</p> <p>Die Übernahme des Gesetzestextes aus § 37c Abs. 2 SGB V zeigt, dass der Gesetzestext die Grundrechte des Versicherten unzulässigerweise</p>	<p>Der G-BA hat für die Orte der Leistungserbringung gar keine Regelungskompetenz!</p> <p>Die Freiheit der Person ist in Deutschland ein <u>Grundrecht</u> gemäß <u>Art. 2</u> Abs. 2 Satz 2 und <u>Art. 104 Grundgesetz</u> und bezeichnet die körperliche Bewegungsfreiheit. Die Freiheit der Person ist ein eigenes Grundrecht und grenzt sich zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach <u>Art. 2</u> Abs. 1 GG i. V. m. <u>Art. 1</u> Abs. 1 GG ab. Inhalt</p>

			einschränkt. Die Formulierung von § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V („Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen“) sollte auch in der Richtlinie Berücksichtigung finden.	und Schutzbereich sind das Recht jedes Menschen, jeden zulässigen Ort seiner Wahl zu betreten, dort zu verbleiben und diesen zu verlassen, ohne durch die Staatsgewalt hieran behindert zu werden (körperliche Bewegungsfreiheit).
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass <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). 	
			Streichung, da Verstoß Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG	Siehe oben Absatz 4
§ 1	Absatz 5		Wie wird dann die Sicherheit garantiert? Psychiatrische, rehabilitative und Hospizeinrichtungen weisen andere Personalqualifikationen auf	Die aufnehmenden Einrichtungen müssen vor Aufnahme die Qualifikation zur Versorgung beatmeter/tracheotomierter Personen nachweisen oder sich des Personals der AKI bedienen.

				Ohne den Nachweis dieser Qualifikation sind die speziellen Schulungsanforderungen an das Personal der AKI fragwürdig!
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			Zustimmung: PatV Die individuelle Prüfung des Einzelfalles wird so ermöglicht.	Die Verordnung außerklinischer Intensivpflege sollte – nach Einzelfallentscheidung auch in den genannten Einrichtungen - grundsätzlich möglich sein. Insbesondere in den Fällen, in denen das in diesen Einrichtungen tätige Pflegepersonal nicht über die notwendige Qualifikation verfügt. (siehe § 1 Abs. 5)
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	

§ 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 perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			Aufnahme des Vorschlages der DKG	Es war und ist seit jeher das Ziel der AKI, den Zustand des Versicherten zu verbessern. Dies schließt auch die Entwöhnungs- und Dekanülierungspotentiale ein.		

								Die Beatmungsentwöhnung muss eine freie Entscheidung des Betroffenen sein (Recht auf körperliche Unversehrtheit. Es wird zusammen mit dem Recht auf Leben und dem Recht auf Freiheit der Person in Art. 2 Abs. 2 GG garantiert)
§ 2	Absatz 4		Streichung des Wortes "Stationäre"			Siehe Begründung §4 Abs 3 bzw 4 Satz 1 Punkt 4 e (Ergänzung PatV)		
§ 2	Absatz 5		Subjektive Lebensqualität muss durch Betroffenen selbst bestimmt werden.					
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des §	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 Anwesenheit einer	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 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</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

			bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.					
					Zustimmung PatV	Eine mögliche notwendige Intervention muss ausreichen. Dies wird durch den MDK begründet.		
§ 3	Absatz 2					Zustimmung, da dies auch anderen Patientengruppen (z.B. Epileptikern oder NIV-Beatmungen), die mit einer potentiellen vitalen Bedrohung leben müssen, grundsätzlich einbezieht. Etwa wenn die Patientin/ der Patient in Folge seiner Erkrankung tetraplegisch ist, und somit weder die Bedienung des Beatmungsgerätes, noch das Auf- und Absetzen der Beatmungsmaske eigenständig steuern kann. Die Verordnung aufgrund der medizinischen Indikation sollte im Vordergrund stehen.		

§ 3	Absatz 3				
§ 3	Abs. 3	<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>	GKV-SV, KBV	PatV

			einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
			Keine Zustimmung zu den Vorschlägen, daher eigene Formulierung: Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können zur Sicherstellung der Versorgung, Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege ausgestellt werden. ² Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt leitet in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung ein.		Die Beatmungsentwöhnung muss eine freie Entscheidung des Betroffenen sein (Recht auf körperliche Unversehrtheit. Es wird zusammen mit dem Recht auf Leben und dem Recht auf Freiheit der Person in Art. 2 Abs. 2 GG garantiert)	Mit dieser Formulierung ist die Versorgung der Versicherten im Falle einer notwendigen Krankenhausentlassung sichergestellt. Die Ein-

					weisung des Versicherten bei Vorhandensein eines freien Platzes darf dann grundsätzlich nur in Abstimmung mit ihm und somit mit seiner Zustimmung erfolgen. Wie in der PatV Ergänzung §4 Abs 3 bzw 4 Punkt e) bereits vorgeschlagen, sollten diese Maßnahmen zukünftig auch grundsätzlich im außerklinischen Bereich möglich sein.
§ 3	Absatz 3 bzw. 4	<p>..palliativmedizinische Fachkompetenz zu <i>geeignetem Zeitpunkt</i> einzu- beziehen.</p> <p>Ganz klar muss hier der der selbstgeäußerte (auch zu früheren Zeit- punkten) Patientenwille berücksichtigt werden!</p>			<p>Berücksichtigt werden muss hierbei, dass pallia- tives Handeln nicht gleichzusetzen ist mit einer „End of Life Care“-Versorgung. In diesem Verständnis handelt die AKI Versor- gung in vielen Fällen schon jetzt.</p>
§ 3	Absatz 4 bzw. 5	<p>Diese Untersuchung sollte, wenn nicht anders möglich, auch mit Hilfe telemedizinischer Mittel erfolgen können (Folgeverordnung).</p>			<p>Hierbei müssen die Möglichkeiten der Teleme- dizin (digitale Dokumentation, Videovisite, Beat- mungsüberwachung) als Ergänzung aufgenom- men werden.</p>

§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.	
			Zustimmung PatV	Zustimmung, insbesondere bei Folgeverordnungen. Bei der Erstverordnung (nach Krankenhausverordnung) sollte eine persönliche Untersuchung zwingend erfolgen.
§ 3	Absatz 5 bzw. 6	<p>Ergänzung des Satz 1 um den Vorschlag des PatV</p> <p>Die Erhebung des Potentials sollten weitestgehend - zumindest in den Fällen, in denen dies möglich ist - am Ort der Versorgung durchgeführt werden, um zusätzliche Belastung für den Versicherten zu vermeiden. Bei Krankheitsbildern mit einem progressiven Verlauf, sind Intervalle, bei der Vorstellung in der jeweiligen Fachklinik, mit dem Patienten und dem Krankheitsbild angemessen abzuklären, oder nicht zu erheben.</p> <p>Generell zu Satz 2: Es sei denn, der Patient lehnt die erneuten Versuche der Umstellung auf eine NIV Beatmung ab, weil der Patient sich in den Bereichen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunikation, 2. Lebensqualität oder 3. Sicherheitsgefühl, <p>eingeschränkt fühlt.</p>		<p>Eine Überprüfung der Indikation, bzw. des Entwöhnungspotentials ist grundsätzlich zu befürworten. Diese Erhebung darf allerdings nicht zu einer zusätzlichen gesundheitlichen Belastung für den Versicherten führen. Jeder Krankenhausaufenthalt stellt neben den positiven Aspekten der medizinischen Möglichkeiten im Krankenhaus gleichzeitig eine enorme Belastung für den Versicherten dar. Sowohl der Krankentransport als auch der Aufenthalt in der Klinik - hier ist sehr häufig die pflegerische Versorgung schlechter – stellen oft eine gesundheitsgefährdende Belastung dar.</p> <p>Zusätzlich besteht die Gefahr einer nosokomialen Infektion, wie es die bisherige Erfahrung zeigt.</p>

§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
			Zustimmung			
§ 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.			
			Grundsätzliche Ablehnung des Satzes 4 und 5!	<p>Der Versicherte kann hier nicht gezwungen werden, alle 6 Monate eine Potenzialerhebung über sich ergehen zu lassen. Dies stellt auch hier wieder den Kostenfaktor und nicht die Sicherheit und das Wohlbefinden des Versicherten in den Vordergrund. Hier sind auch schonendere Möglichkeiten durch Anwendung telemedizinischer Mittel zu gewährleisten.</p> <p>Sowohl in den Leitlinien als auch in den Erfahrungsberichten ist klar benannt, dass die Bereitschaft des Patienten, als auch die gute psychosoziale Situation eine Grundlage für den Weaning Erfolg darstellt. Dies sollte als Begründung für einen anderen Zeitraum zur Erhebung seine Berechtigung darstellen. Bei Krankheitsbildern mit progressivem Verlauf ist ein Zeitraum von 6 Monaten ethisch nicht zu vertreten. Dies</p>		

				<p>muss mit dem zuständigen Fach- bzw. Hausarzt vorab abgeklärt werden. Daher kann hier kein fester Zeitraum benannt werden.</p> <p>Bei maximaler Verordnungsdauer von 6 Monaten nach dieser Richtlinie kommt eine Potenzialerhebung, die nicht älter sein darf als 3 Monate vor dem Zeitpunkt der Verordnung, einem Zeitraum von jeweils 6 Monaten gleich.</p>
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>	
			<p>Zustimmung und Ergänzung Diese Regelung gilt auch bei erwachsenen Versicherten, bei denen aufgrund einer Grunderkrankung und einer hierauf basierenden fachärztlichen Einschätzung mit einem Entwöhnungspotenzial innerhalb des Verordnungszeitraumes oder längerfristig nicht zu rechnen ist.</p>	<p>Potentialerhebungen machen nur dann Sinn, wenn mit einem Potential zu rechnen ist. In allen anderen Fällen ist eine solche Erhebung unsinnig und stellt für den Versicherten eine Belastung und für das Gesundheitssystem zusätzliche Kosten dar.</p>

§ 3	Absatz 6 bzw. 7	<p>Zu Punkt 2: Beurteilung der NIV – Fähigkeit unter Berücksichtigung des Patientenwillen und Berücksichtigung der sozialen Teilhabe und Lebensqualität.</p> <p>Satz 10: Zustimmung und Ergänzung: Auch ein nicht vorhandenes Potenzial zum Weaning muss hier beschrieben werden</p>		<p>Zur Gewährleistung einer ambulanten Potentialerhebung am Ort der Versorgung müssen durch die Kostenträger personelle (ärztliche Untersuchung) und technische (z.B. BGA-Messung) Ressourcen finanziert werden. Stationäre Aufenthalte für eine Potentialerhebung sind möglichst zu vermeiden.</p>		
§ 3	Abs. 6 bzw. 7	Satz 1	PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben	PatV	KBV, GKV-SV, DKG
			Zustimmung zu Vorschlag PatV, da hier Beatmete ohne Weaningmöglichkeit ausgenommen werden können.		Zustimmung. Hierbei handelt es sich 1. um einen abschließenden Katalog von der Erhebungsparametern und 2. kann auch eine Erhebung erfolgen, wenn dieser Katalog nicht vollumfänglich erfüllt werden kann oder der Versicherte bestimmte Erhebungsparameter für sich im Rahmen seine Entscheidungsfreiheit ablehnt.	
0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation						
			Zustimmung PatV		Dies macht allerdings nur dann Sinn, wenn sich über die Indikation Konsequenzen für den weitere Potentialerhebung derart ergeben würden, dass in den Fällen, in denen 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.
		DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG KBV, GKV-SV, PatV
				Die Erhebung des Schmerzstatus gehört schon jetzt - auf Grundlage des bestehenden Expertenstandards Schmerz - in der Pflege zur Standarderhebung.
		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
		Zustimmung		Diese Herangehensweise und Betrachtung richtet sich nicht nur auf die Frage der Beatmungsentwöhnung, sondern auch

				der weiteren umfassenden Krankheitsentwicklung.	
KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten					
Streichung			Für eine solche Einschätzung fehlen objektive Meßmethoden und Parameter, so dass am Ende eine subjektive Einschätzung auch zu einer Fehleinschätzung führen kann. Die Fähigkeit zur Adhärenz kann krankheits- sowie tagesformabhängig sein und sollte eher auf Grundlage längerfristiger Betrachtung, zum Beispiel durch die Betrachtung von Pflegeberichten, erfolgen. Bei einigen akuten wie auch chronischen Erkrankungen (z.B. Depression) ist eine solche Erfassung nicht möglich.		
KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens					
Punkt 8 streichen			Der (mutmaßliche) Patientenwille wird initial erfasst. Dieser wird sich nicht von Potenzialerhebung zu Potenzialerhebung verändern. Daher ist Punkt 8 gänzlich abzulehnen. Ethisch ist die immer wiederkehrende Erhebung dieses Punktes unzumutbar.		

		KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)				
		Siehe oben				
		KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität				
		Streichen		Bis jetzt gibt es kein geeignetes Instrument, die Lebensqualität im ambulanten Bereich zu messen. Für die QPR ambulant wurde ein Forschungsauftrag gegeben und ein erstes Gutachten wurde von Kosten- wie auch Leistungserbringern als nicht praktikabel abgelehnt. Bevor nicht für den allgemeinen Bereich der Pflege ein geeignetes Instrument zur Verfügung steht, sollte es für den gravierenderen Bereich der AKI ebenso keine Forderung dazu geben dürfen.		
		PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV	
		Wenn Erfassung, dann immer unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren!			Was sind geeignete Faktoren und wer definiert diese?	
§ 3	Absatz 7 bzw. 8					

§ 3	Abs. 7 bzw. 8	<p>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).</p>				
§ 3	Absatz 8 bzw. 9	<p>Zur Gewährleistung einer ambulanten Potentialerhebung am Ort der Versorgung müssen durch die Kostenträger personelle (ärztliche Untersuchung) und technische (z.B. BGA-Messung) Ressourcen finanziert werden. Stationäre Aufenthalte für eine Potentialerhebung sind möglichst zu vermeiden.</p>				
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] einbezogen werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen</p>	<p>PatV</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG:</p>
			<p>Zustimmung PatV</p>		<p>Somit ist der Katalog abgeschlossen.</p>	
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening</p>	<p>PatV, DKG</p>	<p>KBV, GKV-SV</p>

			4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
		Zustimmung		Die Wahl des Assessment obliegt somit dem behandelnden Arzt. Des Weiteren darf die Erhebung nicht zwingend zu einem stationären oder ambulanten Krankenhausaufenthalt führen, sondern sollte möglichst ambulant beziehungsweise am Ort der Versorgung erfolgen. Telemedizinische Mittel sind hier zu nutzen und einzusetzen soweit dies möglich ist. Kosten/Nutzen-Faktor!	
		DKG:	KBV, GKV-SV, PatV:	DKG	KBV, GKV-SV, PatV

			5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens		
			Punkt 5 und 6 streichen	Punkt 6 und 7 streichen	<p>Für eine solche Einschätzung fehlen objektive Meßmethoden und Parameter, so dass am Ende eine subjektive Einschätzung auch zu einer Fehleinschätzung führen kann. Die Fähigkeit zur Adhärenz kann krankheits- sowie tagesformabhängig sein und sollte eher auf Grundlage längerfristiger Betrachtung, zum Beispiel durch die Betrachtung von Pflegeberichten, erfolgen. Bei einigen akuten wie auch chronischen Erkrankungen (z.B. Depression) ist eine solche Erfassung nicht möglich.</p> <p>Der (mutmaßliche) Patientenwille wird initial erfasst. Dieser wird sich nicht von Potenzialerhebung zu Potenzialerhebung verändern. Daher ist Punkt 8 gänzlich abzulehnen. Ethisch ist die immer wiederkehrende Erhebung dieses Punktes unzumutbar.</p>	
KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität						

			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität	
			Streichen	Bis jetzt gibt es kein geeignetes Instrument, die Lebensqualität im ambulanten Bereich zu messen. Für die QPR Ambulant wurde ein Forschungsauftrag gegeben und ein erstes Gutachten wurde von Kosten- wie auch Leistungserbringern als nicht praktikabel abgelehnt. Bevor nicht für den allgemeinen Bereich der Pflege ein geeignetes Instrument zur Verfügung steht, sollte es für den gravierenderen Bereich der AKI ebenso keine Forderung dazu geben dürfen.
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren	
			Streichen	
§ 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.	
			Zustimmung	
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte				

§ 4	Absatz 1	<p>Ergänzung der Fachärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurochirurgen - Palliativmediziner, - Hausärzte/ Allgemeinmediziner - Ärzte mit Zusatzqualifikation zum Atmungstherapeut*in 		<p>Schon heute fehlen ausreichend Fachärzte der unterschiedlichen Fachdisziplinen in der Behandlung der Patienten der außerklinischen Intensivpflege. Mit Einführung der Richtlinie wird sich dieser Zustand noch verschärfen. Gegenüber den Patienten und Pflegediensten begründen die vorhandenen Ärzte die Ablehnung der Behandlung der Patienten mit mangelnder Vergütung und fehlenden Möglichkeiten der Abrechenbarkeit der Leistungen und Anfahrt. Aber Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können in Deutschland grundsätzlich die sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte frei wählen (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/freie-arztwahl.html) Dieses Recht kann nicht durch den G-BA eingeschränkt werden. Die aufgeführten Qualifikationen können für den Versicherten also nur Empfehlungscharakter haben!</p>		
§ 4	Abs. 1	Satz 2	<p>KBV, PatV, DKG: 5. für Kinder- und Jugendmedizin [.]</p>	<p>GKV-SV: 5. für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Übergangsphase zum Erwachsenenalter gemäß § 1 Absatz 3</p>	<p>KBV, PatV, DKG</p>	<p>GKV-SV</p>

			<p>Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>			
			Zustimmung		Flächendeckend nicht vorhanden. Führt zu deutlicher Mehrbelastung der Betroffenen Kinder und Eltern.	
		<p>PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.</p>				
			Zustimmung			
§ 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. 		
			Zustimmung		<p>Der GBA überschreitet mit der enumerativen Aufzählung spezifischer Anforderungen den gesetzgeberischen Auftrag in § 37c Abs. 1, S.8 Nr. 4 SGB V. Der als abschließende Aufzählung formulierte Anforderungskatalog erkennt, dass kaum ein Hausarzt oder eine Hausärztin in der Lage sein wird, die</p>	

					<p>hier aufgeführten Anforderungen nachzuweisen. Schwer wiegt dabei, dass gerade die Hausärztinnen und Hausärzte, die über Jahre hinweg Intensivpatientinnen und -patienten versorgen, nunmehr an der weiteren Versorgung gehindert sind. In diesem Zusammenhang wird das Patienten-Arzt-Verhältnis, das über Jahre hinweg aufgebaut worden ist, unterbrochen, was sowohl in die Wahlfreiheit der versorgten Patientinnen und Patienten eingreift als auch in die Berufsausübung der Hausärztinnen und Hausärzte. Für alle bereits jetzt</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					schon an der Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte muss es darüber hinaus einen Bestandschutz geben.	
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			
			Streichen		Siehe Satz 3	
§ 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>			

			Zustimmung		
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1			
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.		
			Zustimmung		
§ 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,		
			Zustimmung		
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,		
			Zustimmung		
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeit-	GKV-SV
					KBV, DKG, PatV

		auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	beatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			Zustimmung Allerdings plädieren wir für eine 12-monatige Erfahrung Zustimmung PatV (a)		
		<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. 			
		Zustimmung, besonders Punkt e)!!	Außerklinisches Weaning darf kein Tabu sein, wenn dieser Prozess durch entsprechend qualifizierte Fachärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten eng begleitet und durchgeführt wird. Hierdurch können zusätzliche Belastungen		

					der Versicherten auf ein Minimum reduziert werden und zusätzliche Kosten vermieden. Die Beurteilung einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung sollte möglichst nur durch Fachärzte erfolgen, welche Erfahrungen in der Behandlung im außerklinischen Beatmungsbe- reich vorweisen.	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² Erfolgt die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur voll- ständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu de- ren 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 Beat- mungsstatus nach § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V erfüllen. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeit- punkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Opera- tionen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche Bundesverei- nigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Ver- tragsärzte, die über Qualifika- tionen nach § 4 verfügen und veröffentlicht sie barrierefrei	KBV: Zum Zweck der Kontaktauf- nahme 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.	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>			
			Zustimmung		<p>Somit wird der Aktualisierungszyklus vorgegeben und Liste bleibt aktuell.</p> <p>Es fehlen aber Vorgaben, wie die Liste zu erstellen ist und wie die KBV an die aktuellen Daten kommt. Darf ein Arzt, der alle Qualifikationen vorweisen kann, aber in der Liste (noch) nicht aufgeführt ist, trotzdem verordnen?</p>	

§ 4	Absatz 5 bzw. 6		Wir weisen darauf hin, dass in der gesamten Richtlinie nicht nur die exakten Bezeichnungen der ärztl. Qualifikationen zu verwenden sind, sondern analog auch die pflegerischen.
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege			
§ 5	Absatz 1	Zu Punkt 12.: streichen	Die Freiheit der Person ist ein eigenes Grundrecht und grenzt sich zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG ab. Inhalt und Schutzbereich sind das Recht jedes Menschen, jeden zulässigen Ort seiner Wahl zu betreten, dort zu verbleiben und diesen zu verlassen, ohne durch die Staatsgewalt hieran behindert zu werden (körperliche Bewegungsfreiheit).
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p> <p>Ablehnung</p> <p>Der Versicherte ist Empfänger der Verordnung! Er muss Kenntnis von dem Inhalt, sowohl was die Diagnosen als auch den Leistungsumfang betrifft. Er haftet auch gegenüber dem Leistungserbringer, wenn vor Genehmigung durch den</p>

				<p>Kostenträger schon Leistungen von ihm in Anspruch genommen werden, bevor eine Bewilligung erfolgt ist. Gleiches gilt auch für die Einhaltung von Fristen gegenüber dem Kostenträger. Dies obliegt dem Versicherten, nicht dem verordnenden Arzt!</p> <p>Die bisherige Rechtspraxis ist beizubehalten. Ebenso ist die Auswahl des Leistungserbringers ein Recht des Patienten und nicht des Kostenträgers, sofern nicht vertragliche Regelungen des Leistungserbringers dagegen sprechen!</p>
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Zustimmung	
			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	
			Ablehnung	Die Therapieziele werden mit dem Versicherten, dem Leistungserbringer mit dem verordnenden Arzt besprochen. Sie sind Inhalt der Versicherungsdokumentation und verbleiben bei dem Leistungserbringer. Im Rahmen der ärztlichen Visite werden diese, wenn Potentiale erkennbar sind, in diesem Kreis, evtl. unter Herbeiziehung anderer externer Therapeuten angepasst.

				<p>Die Dokumentation der Maßnahmen kann der Kostenträger zur Begutachtung durch den MDK anfordern. Der Leistungserbringer übermittelt sie dann in einem verschlossenen Umschlag an den MDK (§ 275 SGB V).</p> <p>Grundsätzlich dürfen Inhalte der Versicherten-dokumentation ausschließlich dem MDK zur Verfügung gestellt werden und nicht der Krankenkasse. Sie unterliegen dem Datenschutz!</p>
§ 5	Absatz 2		Ablehnung	<p>Unnötiger und doppelter Verwaltungsaufwand, da das schon in der Versichertendokumentation festgehalten und besprochen wird.</p> <p>Mehr Bürokratie fördert nicht die Bereitschaft, diese Versichertengruppe zu versorgen.</p>
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Ablehnung	<p>Unnötiger und doppelter Verwaltungsaufwand, da das schon in der Versichertendokumentation festgehalten und besprochen wird.</p> <p>Mehr Bürokratie fördert nicht die Bereitschaft, diese Versichertengruppe zu versorgen</p>
§ 5	Absatz 3		Telemedizinische Untersuchungen müssen möglich sein.	<p>Diese Richtlinie sollte zukunftsfähig sein. Die Einführung von Telemedizin ist sinnvoll und politisch gewünscht.</p>

		<p>Der Satz 2: „Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig“ muss unter Berücksichtigung geltender Rechtsprechung gestrichen werden.</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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auch wenn die Frist von drei Arbeitstagen zur Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung über häusliche Krankenpflege überschritten worden ist, hat die Krankenkasse vor ihrer Entscheidung über die Genehmigung erbrachte Leistungen unabhängig von deren medizinischer Notwendigkeit zu vergüten, jedoch beschränkt auf die Zeit ab Eingang der Verordnung. 2. Liegen der Krankenkasse im Zeitpunkt der Entscheidung über die Genehmigung häuslicher Krankenpflege bereits mehrere vertragsärztliche Verordnungen vor, die den gesamten Zeitraum lückenlos abdecken, gilt die Vorlagefrist von drei Arbeitstagen nur für die Erstverordnung.
§ 5	Absatz 4		

§ 5	Absatz 5		Streichen! Dem G-BA fehlt dazu die Rechtsgrundlage!	Auf der Verordnung sind Leistungen und Umfang zu dokumentieren, nicht medizinische Daten, die gemäß DSGVO nur dem MDK zugänglich sein dürfen. Der MDK berät gem. § 275 SGB V den Kostenträger dazu, ohne schützenswerte medizinische Daten an Mitarbeiter der Kostenträger zu übermitteln!
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie, Streichen! Dem G-BA fehlt dazu die Rechtsgrundlage!	Siehe § 5 Abs. 5 Satz 1
§ 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	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			<p>Diese Regelung gilt für alle Betroffenen unabhängig vom Lebensalter, bei denen auf Grund der für die AKI zugrundeliegenden Erkrankung nach fachärztlicher Einschätzung ebenfalls kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotential absehbar ist.</p>	<p>Bei klarer negativer Prognose hinsichtlich der Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotentiale muss jedwede belastende, kostenträchtige und nach fachärztlicher Einschätzung unnötige Untersuchung unterbleiben. Eine Beschränkung auf Kinder und Jugendliche ist an dieser Stelle nicht nachvollziehbar und leistungsrechtlich begründbar.</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>
			<p>Streichen, siehe oben</p>		<p>Für eine solche Beurteilung gibt es keine objektiven Kriterien.</p>	
			<p>KBV, PatV: hat-soll</p>			

§ 6	Abs. 2	Satz 3	Alternativ kann auch ein telemedizinisches Konsil erfolgen.	Die regelhafte persönliche Untersuchung des Versicherten durch den verordneten Vertragsarzt wird ausdrücklich begrüßt und wird von Seiten der Pflegedienste schon in der Vergangenheit gefordert und gewünscht. Eine solche Untersuchung sollte allerdings – um zusätzliche Belastungen für den versicherten zu vermeiden – in Form eines Hausbesuchs am Ort der Versorgung erfolgen. Vor dem Hintergrund der strukturellen Schwierigkeiten (viele Hausärzte verweisen auf die nicht auskömmlichen Bedingungen der Hausbesuche) müssten hier Nachbesserungen erfolgen. Auch müssen alle Formen der telemedizinischen Unterstützung für dieser Untersuchungen gefördert und finanziert werden. Auch die Gefahr nosokomialer Infektionen muss hier berücksichtigt werden.
§ 6	Absatz 3			
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 7	Absatz 1	Zustimmung KBV, PatV, DKG: ...gemäß § 4 Absatz 2-3 im Rahmen des Entlassmanagements...		

§ 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.			
			streichen	Im § 3 Absatz 3 wird bereits beschrieben, dass bei aktuell bestehendem Potenzial eine Überführung in die außerklinische Intensivpflege nicht möglich ist.		
§ 7	Absatz 4	Zusätzlich aufnehmen: ... ,die zuständige Krankenkasse sowie den Versicherten hierüber zu informieren.			Diese Information muss mindestens zeitgleich auch der Betroffene erhalten!	
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.			
			Streichen bzw. Ablehnung	Zustimmung, Wahlrecht des betroffenen ist unbedingt zu beachten!	<p>Die Bestimmung des Leistungsortes obliegt allein dem Versicherten gem. Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG.</p> <p>Der Versicherte hat das Recht sich jederzeit unabhängig von Fragen der Finanzierbarkeit seiner Versorgung, beraten zu lassen. Dies ist nicht alleinige Aufgabe der Kostenträger.</p> <p>Die Voraussetzung zur regelrechten Versorgung wird durch die Qualifikation der betreuenden, besonders</p>	<p>Unabhängige Beratung zu allen Leistungsorten muss losgelöst von möglichen wirtschaftlichen Interessen gewährleistet werden!</p> <p>Der Austausch der Sozialdienste der Kliniken zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern ist eine bewährte und funktionierende Praxis, die an dieser Stelle nicht eingeschränkt werden sollte.</p> <p>Jeder Betroffene bzw. seine Angehörigen haben das Recht auf unabhängige Beratung! Eine Beratung durch eine Institution die ir-</p>

					qualifizierten Pflegefachperson gewährleistet.	gendeinen (finanziellen) Vorteil dadurch erzielen könnte, ist grundsätzlich abzulehnen.
§ 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 § 132l 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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG
			Widerspricht dem Recht auf freie Wahl des Ortes, da es keiner Verständigung bedarf! Ebenso hat der Versicherte das Recht, seinen Leistungserbringer frei zu wählen, wenn	Widerspricht dem Recht auf freie Wahl des Ortes, da es keiner Verständigung bedarf! Daher müsste es heißen: Die Krankenkasse kann der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus diesbezügliche Leistungserbringer, mit denen		

			dieser die notwendigen Versorgungsverträge hat	Versorgungsverträge gemäß § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar!		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			
			<p>Dem Versicherten müssen alle Leistungserbringer, die die Versorgung erbringen können, benannt werden, da er das Wahlrecht hat. Eine Vorabauswahl durch den Kostenträger ist abzulehnen, da es die Wahlfreiheit unrechtmäßig einschränkt, außer der Versicherte will nur einen Vorschlag bekommen.</p> <p>Hier sollten im Rahmen auch des Entlassmanagement mehrere Leistungserbringer nach Qualitätsvorgaben sich anbieten dürfen bzw. definiert werden und die Entlassversorgung qualitativ überprüft werden wie nach Vorgabe im Entlassmanagement der Kliniken</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			

			aufnehmen			
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			Aufnehmen			
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Aufnehmen			
§ 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
			Unbedingt so aufnehmen! Ist in der Praxis realistischer, der Arzt erstellt nach Besuch des Patienten in der Praxis die VO, diese müssen Patient/Be- treuer und Leistungserbringer noch unterzeichnen und diese weiterleiten.			
§ 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,			

			Zustimmung	
§ 9	Absatz 2			
§ 9	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.</p>	
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4		<p>Hier sollte auf das Wissen von Atmungstherapeuten eingegangen werden.</p> <p>Absatz 4 streichen, bzw. ersetzen:</p> <p>Durchführung von Blutgasanalysen, die für die Vorbereitung der Beatmungsentwöhnung erforderlich sind, sollten von Atmungstherapeuten erbracht werden dürfen. Nur so, kann auch schon in der AKI eine schrittweise Reduzierung der Beatmungsstunden, immer in Absprache mit den behandelnden Ärzten, durchgeführt werden.</p> <p>Diese Leistungen werden zusätzlich zu den Einsatzzeiten erbracht und bedeuten einen enormen organisatorischen und fachlichen Aufwand, sowie zusätzliche Materialkosten.</p>	<p>Die Leistungen, die von Atmungstherapeuten, zur Vorbereitung der Beatmungsentwöhnung oder zur schrittweisen Reduzierung der Beatmungsintervalle erforderlich sind, sollten durch Ärzte delegierbar und für die ambulante Versorgung abrechenbar sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blutgasanalysen - Bronchioskopie - Schluckdiagnostik

§ 9	Absatz 5					
§ 9	Abs. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern</p> <p>Absatz 5 ist zu streichen, da bauliche Maßnahmen dem Ordnungsrecht zuzuordnen sind. Ebenfalls ist der Wohnraum auch durch das GG Artikel 13 gewährleistet das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung, d. h.: alle baulichen Veränderungswünsche der Kostenträger bedürfen der Einwilligung des Versicherten. Da er keine Änderungswünsche hat, gehen bauliche Maßnahmen vollständig zu Lasten der Kostenträger!</p> <p>Personelle und organisatorische, sowie interne und externe Maßnahmen werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V geregelt.</p>			
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>¹Im 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</p> <p>Der ärztlich verordnete Leistungsumfang wird durch die Beteiligung der</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>³Im 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>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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132l vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>		
			Aufnehmen			
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1		Wie werden die Zeiten für Fallbesprechungen, insbesondere für die Therapeut*innen (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Atemtherapie) vergütet?			
§ 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 außerklini-</p>	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				sche 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].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Aufnahmen			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Aufnahmen			
§ 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

			Dies ist nur bei erhobenem Potential wichtig, sollte eingeschränkt werden	<- siehe Anmerkung		
§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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			Aufnehmen, regelt die Zuständigkeit der Veranlassung klar			

§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 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 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 Ver-</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 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>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

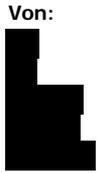
			tragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.			
				Aufnahmen		
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		KBV, PatV: ¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	DKG, GKV-SV: ¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	KBV, PatV	DKG, GKV-SV
			Aufnahmen, hier wird Telemedizin nicht ausgeschlossen			
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:
				Zustimmung. Der Behandlungsplan nicht als Bestandteil der Richtlinie vorsehen.		
Sonstiges			<u>Unter den o.g. Anmerkungen möchte der ABVP folgende Aspekte besonders hervorheben:</u>			

Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.

Der ABVP hält den Weg der Einschränkung der verordnenden Ärztinnen und Ärzte für falsch und praxisfern. Jede Ärztin bzw. jeder Arzt sollte die Möglichkeit haben, von den Versicherten gewählt zu werden. Die Ärztin oder der Arzt entscheidet selbst darüber, ob sie oder er eine Behandlung dieses Patientenkontingents sicherstellen kann.

In den meisten Fällen verbleiben die Patienten bei ihren Hausärztinnen und Hausärzten, denen sie schon lange vertrauen, trotz der Verschlechterung ihres Zustandes, die sie zu einer Beatmung zwingt. Den Hausärzten könnte durch die KBV angeraten werden, i.S.d. Kostenträger einmal jährlich die Versicherten zu einer Abklärung eines Weaningpotentials in eine Fachklinik zu überweisen. Hierbei sollte allerdings auch festgelegt werden, ob dies bei allen Krankheitsbildern notwendig ist, wenn nach der ersten Abklärung in der Fachklinik kein Weaningpotential gesehen wird und feststeht, dass der oder die Versorgte nicht mehr von der Beatmung entwöhnt werden kann, z.B. progrediente Krankheitsbilder wie ALS. Dies würde Kosten reduzieren und ist für den Versicherten nicht mehr belastend. Hier muss das Wohl des Patienten im Vordergrund stehen und darf nicht formalen Anforderungen nach medizinisch sinnlosen Routineüberprüfungen unterworfen werden.

Von:



**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit übersendet die DVfR ihre Stellungnahme zu der geplanten **Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-Richtlinie) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)**.

Die Stellungnahme aus der DVfR fasst verschiedene Stellungnahmen ihrer Mitglieder zusammen. Es handelt sich insofern nicht um durch die Gremien der DVfR beschlossene Positionen. Dabei wurden Stellungnahmen der Rehabilitationsträger, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), nicht berücksichtigt, da die GKV selbst Beteiligte im G-BA ist.

Einige Passagen wurden aus den Stellungnahmen unserer Mitglieder unmittelbar übernommen.

Gerne stehen wir auch für eine Teilnahme an der Anhörung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Telefon: 06221 / 187 901(0) – 14
Mobil: 0175 7919117
E-Mail: s.kurth@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

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.

		Stellungnehmer: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)	
		Die Stellungnahme aus der DVfR fasst verschiedene Stellungnahmen ihrer Mitglieder zusammen. Es handelt sich insofern nicht um durch die Gremien der DVfR beschlossene Positionen. Dabei wurden Stellungnahmen der Rehabilitationsträger, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), nicht berücksichtigt, da die GKV selbst Beteiligte im G-BA ist.	
		22. Juli 2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL		Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.
§ 1 Grundlagen			
§ 1	Absatz 1	Tragende Gründe, Vorschlag PatV	Der Ergänzung der Tragenden Gründe zu Satz 1 und 2 durch die PatV wird zugestimmt. Diese differenzierte Darstellung ist erforderlich, da sich daraus Konsequenzen für die Häufigkeit

Folgende Ergänzungen werden zu der von der PatV vorgeschlagenen Formulierung des Absatzes 1 Satz 1 in den Tragenden Gründen vorgeschlagen:

In Nr. 1: „... Hier besteht unter entsprechenden therapeutischen oder rehabilitativen Maßnahmen einschli. intensivmedizinischer Rehabilitation mittel- bis langfristig Aussicht auf Besserung ...“.

in Nr. 3: „Eine weitere kleine Gruppe bilden Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Folgen einer akuten Erkrankung oder eines akuten Ereignisses trotz intensivmedizinischer Behandlung oder trotz durchgeführter intensivmedizinischer Rehabilitation in einer darauf spezialisierten Klinik keine Aussichten mehr auf nachhaltige Besserung...“.

der Reevaluation sowie die Qualifikation der verordnenden Ärztinnen und Ärzte ergeben.

Die Ergänzungen sind erforderlich, da therapeutische Maßnahmen oder eine intensivmedizinische Behandlung in nicht wenigen Fällen nicht ausreichen, um eine nachhaltige Verbesserung zu erreichen, dies aber durch eine intensivmedizinisch ausgerichtete Rehabilitation gelingen kann.

Vielfach kann erst in einem rehabilitativen Setting eine Entwöhnung von der Beatmung/dem Tracheostoma erreicht werden. Dies liegt darin begründet, dass in manchen Fällen eine multidisziplinäre und ganzheitliche Behandlung erforderlich ist, die weit über eine intensivmedizinische Behandlung hinausgeht, selbst wenn diese durch einzelne therapeutische Maßnahmen ergänzt wird. Vgl. dazu u. a. die umfangreiche Literatur zur Frührehabilitation.

Manteuffel, Leonie von: Intensivmedizinische Rehabilitation: Der „Missing Link“. Dtsch Arztebl 2017; 114(25): A-1234 / B-1025 / C-1003

P. W. Schönte, J. Beyer, M. Bredehorst, S. Grotkamp, V. Brahnner, W. Seger, W. Cibis, A. Badke, S. Weinbrenner (Projektgruppe des Sachverständigenrats der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)): Intensiv-

			<p>Tragende Gründe: Der Ergänzung von PatV und GKV-SV zu Absatz 1, Satz 2 wird zugestimmt.</p>	<p>medizinische Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Patienten – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation. Neurol Rehabil 2017; 23(3): 249–255</p> <p>P. W. Schönle, J. Beyer: Zur aktuellen Diskussion um den Begriff »intensivmedizinische Rehabilitation«, Neurol Rehabil 2017; 23(4): 342–343 Hippocampus Verlag</p> <p>Die Ergänzung ist zur Klarstellung erforderlich.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 3	<p>PatV zusätzlich: /Pflegekräfte</p> <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). Auf diese Weise wird die synonyme Verwendung beider Begriffe – die laut den Ausführungen in den Tragenden Gründen sowohl von allen drei Bänken, also auch von der PatV, angestrebt ist – sichergestellt.</p> <p>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.</p>

				<p>Inhaltlich wird nämlich 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 ausdrücklich klar, dass die außerklinische Intensivpflege nicht nur solche Maßnahmen beinhaltet, die ausschließlich von (examinierten) Pflegefachkräften erbracht werden dürfen, sondern dass sie auch solche einfachsten medizinischen Maßnahmen umfasst, die nach der HKP-Richtlinie von (nicht examinieren) 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> <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 Dr. Tolmein und Prof. Dr. Trenk-Hinterberger hingewiesen. Im Internet abrufbar unter: https://www.shvfg.de/2020/09/01/besteht-eine-zustimmungspflicht-des-bundesrates-zum-ipreg/, zuletzt abgerufen: 21. Juli 2021.</p>
§ 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. Sie sind an dieser Stelle auch nicht erforderlich.
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3	Tragende Gründe: Der Formulierungsvorschlag von PatV, KBV und DKG wird unterstützt.		Die Ausführung ist zur Klarstellung erforderlich.
§ 1	Absatz 4	Zu Satz 1 Nr. 5 wird folgende Ergänzung vorgeschlagen: „...in Kindertagesstätten, in Werkstätten für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Orten, an denen sich der Berechtigte zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe aufhält (z. B. Arbeitsplatz, Bildungseinrichtung, kulturelle oder kirchliche Einrichtung, betreuten oder besonderen Wohnformen oder Tagesförderstätten)“.		Die Ergänzung ist in der Richtlinie und nicht nur in den Tragenden Gründen erforderlich, da es zunehmend Betroffene gibt, die unter Beatmung bzw. mit einem AKI-Bedarf eine Ausbildung absolvieren, einen Beruf ausüben oder eine Tagesförderstätte besuchen. Praktische Erfahrungen aus der DVfR zeigen, dass dies unter Einhaltung fachlicher Standards möglich und erfolgreich sein kann.

				Dem Aufenthaltsbestimmungsrecht der Betroffenen ist schon aus verfassungsrechtlicher Sicht der Vorrang gegenüber Kostenüberlegungen einzuräumen. Aus Sicht der DVfR kann grundsätzlich immer durch gebotene Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit eine adäquate Leistungserbringung gewährleistet werden. Es ist nur eine Frage des Aufwandes, dies sicherzustellen. Insbesondere die Voraussetzung „einer stabilen fach- und sachgerechten Infrastruktur“ ist daher nicht als Einschränkung einer Leistungserbringung vor Ort, sondern als ein Gewährleistungsziel für die Nachbesserungsmaßnahmen in der Richtlinie zu definieren.
§ 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 aus der DVfR zu Ziffer 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die 	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

			<p>verordnete Maßnahme <u>an diesem Ort</u> zuverlässig durchgeführt werden kann und</p>	<p>geeigneten Ortes hinaus und ist deshalb von der Ermächtigungsnorm des § 37c Absatz 1 Satz 8 nicht gedeckt. Die einschränkende Formulierung ist deshalb 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. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass AKI 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 Artikel 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
			Die Formulierung der PatV wird unterstützt.
			<p>Die PatV weist 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 Personalmangel in den Krankenhäusern und zum anderen, dass das 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 und auch Erwachsenen 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 fehlenden Erholungszeiten entsteht 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 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>Nicht zuletzt wird dadurch eine zur Stabilisierung der häuslichen Pflegeverhältnisse erreicht, da der Pflegedienst dann nicht ausgesetzt werden muss. Diesem Aspekt wurde z. B. in § 11 Absatz 3 Satz 1 SGB V Rechnung getragen.</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 Patientinnen und Patienten im Krankenhaus</p>
--	--	--	--	--

				<p>um die Sicherstellung pflegerischer Bedarfe, für die die Krankenhäuser selbst personell nicht entsprechend aufgestellt sind.</p> <p>Erfahrungen aus der DVfR weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit Bedarf an AKI von Krankenhäusern oft nur dann aufgenommen werden, wenn entweder die Angehörigen die intensivpflegerische Versorgung während des stationären Aufenthaltes sicherstellen können oder ein Platz auf der Intensivstation frei ist. Während dies bei geplanten Aufenthalten oft organisiert werden kann, ist dies bei Notfällen oft nicht möglich, da die Intensivstationen ausgelastet sind. Steht die AKI in diesen Fällen auch im Krankenhaus zur Verfügung, ist auch eine Aufnahme auf eine Normalstation möglich.</p>
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
§ 2	Absatz 4				
§ 2	Absatz 5				
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege					
§ 3	Absatz 1	Die Position 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 „<i>spezieller Krankenbeobachtung</i>“ 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 „<i>spezielle Krankenbeobachtung</i>“ nach besagter Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie hatte, künftig nach der AKI-Richtlinie außerklinische Intensivpflege zu verordnen ist, sollte sich die Definition des anspruchsberechtigten Personenkreises eng an den in Nr. 24 „<i>spezielle Krankenbeobachtung</i>“ geregelten Voraussetzungen orientieren.</p>	

			<p>Keinesfalls 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. Deshalb sollte dem Vorschlag des GKV-SV und der KBV nicht gefolgt werden, wonach nur solche Erkrankungsbilder, die „<i>lebensbedrohliche Störungen von Vitalfunktionen</i>“ 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 Krankheitsbildern 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 ist das einschränkende Zusatzkriterium des GKV-SV und der KBV deshalb als inakzeptabel anzusehen. Dies gilt analog auch für Erwachsene.</p> <p>Hinzu kommt, dass der Begriff „Vitalfunktionen“ auslegungsbedürftig ist und unterschiedliche Medizinerinnen und Mediziner unterschiedliche Funktionen darunter subsumieren.</p>
--	--	--	--

			Weitere Rechtsstreitigkeiten über den Anspruch auf AKI wären damit vorprogrammiert.					
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Ein-	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Ein-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>satzbereitschaft 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</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.				
					Die Formulierung der PatV wird unterstützt.			Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu § 3 Absatz 1. Es gibt Fallkonstellationen, in denen nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich eine interventionsbedürftige Situation eintritt. Dennoch bleibt die Möglichkeit der jederzeitigen Interventionsbedürftigkeit. Dem trägt die Position der PatV Rechnung. Durch diese Position werden auch aus der Praxis bekannte Rechtsstreitigkeiten vermieden.
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
			GKV-SV, KBV:	PatV:	GKV-SV, KBV		PatV	

§ 3	Abs. 3		<p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>(3) ¹Zeigt 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>		
-----	--------	--	--	--	--	--

			die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
				Die Formulierung der PatV wird unterstützt.		Bekanntlich ist es oft schwierig, einen Platz in einer geeigneten Einrichtung zu finden. Es kann deshalb erforderlich sein, AKI zwischenzeitlich zu verordnen. Vgl. auch die Formulierung der PatV in den Tragenden Gründen.
§ 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.	Die Ergänzung und die weiteren Vorschläge der PatV in den Sätzen 10 und 11 machen ein Defizit deutlich, das bereits im		

			<p>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 Patientinnen und Patienten. Der besonderen Versorgungssituation von Menschen, bei denen die 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 Patientinnen und Patienten, die ein entsprechendes Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial haben, uneingeschränkt zu begrüßen ist, um ihnen mehr Lebensqualität und Teilhabe zu verschaffen und gleichzeitig Missbrauchsmöglichkeiten und Fehlanreize in der AKI zu vermeiden, wird gleichermaßen angewendet für Patientinnen</p>
--	--	--	--

			<p>und Patienten, 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. durch regelmäßig wiederholte Weaning-Versuche – ein defizitäres Bild des eigenen Selbst 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 oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen und sind für die Versorgung im Kran-</p>
--	--	--	---

Für Absatz 5 bzw. 6 wird eine Ergänzung z. B. nach Satz 9 bzw. 10 vorgeschlagen: „Bei der Abschätzung des Entwöhnungspotenzials sind auch die Möglichkeiten einer Behandlung in einer spezifischen Einrichtung der Frührehabilitation oder zur intensivmedizinischen Rehabilitation zu prüfen. Dies entspricht dem gesetzlichen Auftrag nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 sowie § 12 SGB IX. Ggf. ist eine Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX durchzuführen.“

kenhaus 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 Patientinnen und Patienten zu vermeiden, sind deshalb bei dauerhafter Indikation der Beatmung bzw. Trachealkanüle Ausnahmen von der Potenzialerhebung vor jeder Verordnung vorzusehen.

Wie oben bereits ausgeführt, können in Einzelfällen Entwöhnungsmaßnahmen nur in einem umfassenden rehabilitativen Setting erfolgreich durchgeführt werden. Dies liegt u. a. daran, dass eine erfolgreiche Entwöhnung oft nur bei entsprechender Motivation der Patientinnen oder Patienten möglich ist. Diese hängt wesentlich von den künftigen Teilhabemöglichkeiten ab, die vorwiegend im Rahmen einer spezifischen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme entwickelt werden können. Dazu sind häufig Spezialkenntnisse erforderlich, z. B. im Hinblick auf elektronische Kommunikations- oder Steuerungsmittel (vgl. dazu die Konzepte zur Unterstützten Kommunikation). Dies zeigt sich insbesondere bei sog. Locked-in-Patientinnen und Patienten. Zudem können in diesen Fällen umfangreiche Maßnahmen zur Beseitigung anderer körperlicher Funktionsbeeinträchtigungen notwendig sein, z. B. das

					Erreichen einer ausreichend langen Sitzfähigkeit sowie anderer grob- und feinmotorischer Funktionen. Diese Rehabilitationsmöglichkeiten sind in der Regel auf reinen Weaningstationen nicht im notwendigen Ausmaß gegeben. Endlich ist nicht nur die Therapieoptimierung zu prüfen (s. § 3 Absatz 5 bzw. 6 Satz 3), sondern auch die Möglichkeit einer ergänzenden Mobilen Rehabilitation, soweit sie verfügbar ist.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte 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>
			<p>Die zusätzlichen Sätze 10 und 11 der PatV werden unterstützt.</p> <p>Hierzu führt die PatV in den Tragenden Gründen zutreffend aus, dass es in diesen Fallkonstellationen aufgrund der dauerhaften Indikation der Beatmung bzw. Trachealkanüle medizinisch nicht angezeigt ist, das 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>§ 3</p>	<p>Absatz 6 bzw. 7</p>		

§ 3	Abs. 6 bzw. 7	Satz 1	PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben	PatV	KBV, GKV-SV, DKG		
			Die Position der PatV wird unterstützt.		Bei Patientinnen und Patienten, bei denen z. B. eine Beatmung dauerhaft indiziert ist, ist eine Erhebung aller aufgeführten Befunde nicht sachgerecht. Diese schematische Überprüfung kann in diesen Fällen eine unangemessene Belastung für die Patientinnen und Patientinnen darstellen.			
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation					
			Die Position der PatV wird unterstützt.		Siehe auch Tragende Gründe, PatV: (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 in Absatz 7 aufgeführten Befunden nicht erfolgen.			
			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	DKG: 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der	KBV, GKV-SV, PatV	DKG		

		akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;	akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
		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
		Der Passus sollte so gefasst werden: „Systematische und strukturierte Er-		Der Begriff der Lebensqualität ist für diese Patientengruppe unscharf und wenig definiert.	

			hebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren sowie der Möglichkeiten der Teilhabe und ihrer Förderung.“		Die Lebensqualität wird entscheidend durch die Möglichkeiten zur Teilhabe beeinflusst. Diese sind deshalb einzubeziehen.	
§ 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:
			Die Position der PatV wird unterstützt.		Analog zu den dauerhaft beatmeten Patientinnen und Patienten ist es auch bei den trachealkanülierten, nichtbeatmeten Patientinnen und Patienten nicht in jedem Falle notwendig, alle aufgeführten Aspekte bei jeder Erhebung zu überprüfen. Ein solches schematisches Vorgehen stellt in diesen	

				Fällen eine unangemessene Belastung für die Patientinnen und Patienten dar.		
			PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationsscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])	PatV, DKG	KBV, GKV-SV
			Die Position der PatV und DKG wird unterstützt.	Die Formulierung der DKG und PatV wird unterstützt, da sie offener ist. Es ist an dieser Stelle nicht erforderlich und wirkt eingrenzend, wenn hier bestimmte Verfahren benannt sind.		
			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			
			Der Passus sollte so gefasst werden: „Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren sowie der Möglichkeiten der Teilhabe und ihrer Förderung.“	Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu § 3 Absatz 6 bzw. 7.		
			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	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>Übergangsphase zum Erwachsenenalter gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
		<p>Die Formulierung von KBV, PatV und DKG wird unterstützt.</p>		<p>Die Formulierung von KBV, PatV und DKG wird unterstützt, da die Formulierung des GKV-SV eine nicht praktikable Einschränkung bedeutet. Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin können umfangreiche kinderintensivmedizinische Kompetenzen haben, ohne dass sie eine Zusatzbezeichnung oder einen Schwerpunkt aufweisen. Zudem sind sie ggf. in einem spezialisierten SPZ tätig.</p>	

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Dem Zusatz der PatV PatV wird zugestimmt.		Die Ergänzung der PatV wird unterstützt, da es diese Fälle gibt, bei denen die HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte eine entscheidende Rolle für das Management spielen.	
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ul style="list-style-type: none"> 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen. 		
			<p>Der Position der KBV, PatV und DKG wird zugestimmt.</p>		<p>§ 37c SGB V sieht besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als verordnungsberechtigt an. Dies schließt Hausärztinnen und Hausärzte, die Patientinnen und Patienten zum Teil jahrelang auch aufsuchend begleiten, nicht aus. Hausärztinnen und Hausärzte verordnen zudem in der Regel nicht erstmalig bzw. nur nach entsprechender Empfehlung und Einweisung durch eine entsprechende Klinik. Meist handelt</p>	

					<p>es sich um Folgeverordnungen. Hausärztinnen und Hausärzte, so zeigen die Erfahrungen, arbeiten sich oft in die spezifische Problematik ein und nehmen dabei Unterstützung durch die vorbehandelnde Klinik in Anspruch und holen diese aktiv ein.</p> <p>Aus Sicht der DVfR kann eine flächendeckende Versorgung nur dadurch sichergestellt werden, dass auch Hausärztinnen und Hausärzte AKI verordnen können.</p> <p>Es bleibt völlig offen, wie Hausärztinnen und Hausärzte die Kompetenzen entsprechend dem Vorschlag des GKV-SV nachweisen sollen. Dieser Vorschlag würde zu einem aufwendigen Genehmigungsverfahren führen, das in der Praxis kaum umsetzbar wäre.</p> <p>Die DVfR geht davon aus, dass Hausärztinnen und Hausärzte</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					sich gerade bei solchen Patientinnen und Patienten erfahrungsgemäß ihrer besonderen Verantwortung bewusst sind und ggf. spezialisierte Unterstützung in Anspruch nehmen bzw. die Verordnung delegieren.	
§ 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte <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, 			

			für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1				
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
				Der Formulierung von KBV, DKG und PatV wird zugestimmt.		<p>Es ist davon auszugehen, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte, die mindestens 18 Monate Handlungskompetenzen und Erfahrungen in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit erworben haben, für die Potenzialerhebung qualifiziert sind.</p> <p>Die vom GKV-SV vorgeschlagene einschlägige 3-jährige</p>

						Tätigkeit in diesen Bereichen setzt die Qualitätsanforderungen zu hoch an und schränkt damit den Kreis der potenzialerhebenden Fachärztinnen und Fachärzte zu sehr ein. Um die Versorgungsqualität zu verbessern, muss der flächendeckende Zugang zur ärztlichen Versorgung nachhaltig erleichtert werden.
<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. 						
Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.				Insbesondere bei jungen Patientinnen und Patienten mit neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen sind die zur entwicklungsbedingten Therapieoptimierung erforderlichen Erhebungen regelmäßig unter anderem durch neurologische Fachärztinnen und Fachärzte zu ermöglichen, die		

				<p>die Grunderkrankung behandeln. Daher sind auch Fachärztinnen und Fachärzte mit ausreichender Erfahrung in der Neurologischen Frühreha, in Querschnittszentren und in Neuromuskulären Zentren zur Potenzialerhebung bei Patientinnen und Patienten 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).</p>		
§ 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</p>	<p>KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit</p>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>

			eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Qualifikationen nach § 4 verfügen und veröffentlicht sie barrierefrei im Internet. ² Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	Qualifikationen nach § 4 Absatz 1, Absatz [2 bzw. 3] und Absatz [3 bzw. 4] werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.		
§ 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.		In den genannten Fällen wird eine längere Dauer von Folgeverordnungen befürwortet. 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 sollte, sofern sie nicht zwingend erforderlich ist.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV:	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat -soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
				Der Position der PatV wird zugestimmt.		Die Ausführungen in den Tragenden Gründen der PatV werden unterstützt.

§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Inten-	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der au-	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			sivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	ßerklinischen 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,		
			Dem Zusatz wird zugestimmt.	Die Ergänzung der PatV ist sachgerecht.	
§ 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 Zusatz 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 und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern.	

				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).
§ 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	
			Der Zusatz der PatV wird unterstützt.	Die Ergänzung ist sachgerecht.
§ 9	Absatz 6		Die Position der PatV wird unterstützt.	Der Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG, den Grundsatz der Rückzugspflege in der AKI-Richtlinie einzuführen, wird abgelehnt. Gemäß § 4 Absatz 22 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10. Dezember 2013 i. d. F. vom 14. Oktober

			<p>2020 beschreibt der Begriff der Rückzugspflege einen strukturierten Prozess mit dem Ziel, den Versorgungsumfang in der ärztlichen Verordnung „anzupassen“ (vgl. § 4 Absatz 22 Sat 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 Patientinnen und 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> <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 Be-</p>
--	--	--	---

					handlungspflege beteiligt waren. Diese tatsächliche Beteiligung kann durch krankheitsbedingte oder andere Ausfälle der An- und Zugehörigen variieren.	
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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.</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG</p>	<p>PatV</p>

				³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
				Die Position der PatV wird unterstützt.		Zur Begründung vgl. obige Ausführungen.
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versi-	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

			cherten 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.	Teambesprechungen sollten nicht über den Kopf der Patientinnen und Patienten hinweg stattfinden dürfen, sondern sind in der Regel mit ihrer Beteiligung abzuhalten.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen		
			Dem Zusatz der PatV wird zugestimmt.	Sofern An- und Zugehörige an der Pflege beteiligt sind, sind auch sie soweit möglich 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
			Die Formulierung von KBV, DKG und PatV wird unterstützt.		Die Formulierung des GKV-SV ist abzulehnen, da es für die genannten Einrichtungen keine rechtliche Grundlage für eine Verpflichtung zur Kooperation gibt. Diese kann auch durch die Richtlinie nicht hergestellt werden. Dem trägt die Formulierung von KBV, DKG und PatV Rechnung.	
§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		Satz 2	GKV-SV, DKG:	KBV, PatV:	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

	Abs. 4 bzw. 5		² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	² 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.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6		Die Position der PatV wird unterstützt.		<p>Wie bereits oben zu § 9 Absatz 6 ausgeführt, wird der Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG abgelehnt, 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</p>	

						<p>zu einer Reduzierung des ärztlich verordneten Versorgungsumfangs führen. Auf die diesbezüglichen 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	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132I SGB V bei der	PatV: ¹ Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

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

				Der Position der PatV wird zugestimmt.		Zur Begründung siehe Ausführungen zu § 10 Absatz 5 bzw. 6.
§ 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			Aus Sicht zahlreicher Mitglieder der DVfR wird es für erforderlich gehalten, stärker deutlich zu machen, dass vor einer Verordnung von AKI stets das Rehabilitationspotenzial in spezialisierten Einrichtungen geprüft wird. Es gibt Fälle, in denen das Instrumentarium von auf Weaning spezialisierten Abteilungen nicht ausreicht, das Potenzial aus-			

sonstige Aspekte Ihrer
Stellungnahme.

zuschöpfen (vgl. Literatur dazu oben im Text). Es gibt Hinweise darauf, dass manchmal nur in einem speziellen rehabilitativen Setting die Entwöhnung von der Beatmung gelingt. Deshalb ist ein entsprechender Bedarf frühzeitig zu erkennen und im Sinne von § 13 SGB IX näher zu ermitteln. Ggf. ist eine Teilhabeplanung durchzuführen.

Für Patientinnen und Patienten mit AKI kommt sowohl im häuslichen Setting als auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in Pflegeheimen häufig ergänzend Mobile Rehabilitation in Betracht. Diese ist zwar nicht flächendeckend verfügbar, jedoch sollte der Bedarf daran ggf. festgestellt werden und, wo regional möglich, auch entsprechend gedeckt werden.

Bei allen Regelungen sollte beachtet werden, dass es Patientengruppen gibt, bei denen ein Entwöhnungspotenzial für die Beatmung nicht besteht oder wo andere Gründe die AKI erforderlich machen, beispielsweise schwerste Epilepsien oder Absaugungserfordernis bei liegendem Tracheostoma ohne Beatmung. In diesen Fällen ist eine engmaschige umfassende Kontrolle alle 6 Monate nicht erforderlich. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Patientinnen und Patienten und die Angehörigen, die ohnehin extrem beansprucht werden, nicht noch zusätzlich belastet werden. Krankenhausaufenthalte und deren Organisation sind regelmäßig eine erhebliche Belastung für Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass in nicht wenigen Fällen eine Besiedlung mit einem MRSA oder ähnlichen Problemkeimen vorliegen kann, die einer stationären Aufnahme zur Überprüfung entgegenstehen kann.

Es ist offen, ob es ausreichend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte gibt, die in der Lage und bereit sind, umfangreiche Kontrollen oder auch Verordnungen vorzunehmen, da dies in der Regel auch die kontinuierliche Mitbetreuung dieser Patientinnen und Patienten bedeutet. Durch die Richtlinie muss sichergestellt sein, dass die notwendigen Verordnungen und die Mitbetreuung durch eine ausreichende Zahl von berechtigten Ärztinnen und Ärzten auch tatsächlich sichergestellt werden kann. Deshalb sind in diesem Sinne zu restriktiv wirkende Voraussetzungen zu vermeiden. Zumindest für eine mehrjährige Übergangszeit sind insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte in vollem Umfang einzubinden.

Es muss sichergestellt sein, dass bei Problemen in der Umsetzung dieser Richtlinie die Wahl des Lebensortes durch den Patientinnen und Patienten nicht in Frage gestellt wird. Dies wäre nach der UN-BRK nicht vertretbar.

	<p>Während der Corona-Pandemie wurden in den Krankenhäusern Assistenzpersonen bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten nicht zugelassen. Deshalb sollte an geeigneter Stelle ein Passus aufgenommen werden, der regelt, dass bei Angewiesenheit auf eine Assistenzperson bzw. einer Pflegekraft aus der AKI im Krankenhaus diese ggf. mit entsprechender Schutzausstattung sowie nach PCR-Test mit aufgenommen werden kann oder, sofern dies möglich ist, ein Krankenhausaufenthalt zur Entwöhnung verschoben werden kann.</p>
--	---



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.

			SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V.	
			23.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ 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	
			Satz 3 soll wie folgt ersetzt werden: „Die medizinische Behandlungspflege umfasst alle verrichtungsbezogenen, krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen.“	Begründung: In ständiger Rechtsprechung definiert das Bundessozialgericht die Behandlungspflege als alle verrichtungsbezogenen, krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Diese Definition war auch bis zum

				<p>01.01.2017 im § 37 Abs. 2 SGB V beschrieben. Im Rahmen der Reform der Sozialen Pflegeversicherung wurde der erläuternde Halbsatz gestrichen. Die Streichung war mit einem unmissverständlichen Richtlinien-auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss verbunden, BT-Drs. 18/5926, Seite 149, „Zu Buchstabe c“: (..) Da der Anspruch auf die erforderlichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unberührt bleibt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Ausgestaltung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege sicherzustellen, dass die bisher als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen gesondert aufgeführten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in das Leistungsverzeichnis der Richtlinie aufgenommen werden.</p> <p>Die Begriffe „Behandlungspflege“ und „medizinische Behandlungspflege“ sind insoweit nur synonym zu verwenden, als das beide Begriffe das gleiche Leistungsspektrum umfassen. Sofern insbesondere die medizinische Behandlungspflege gem. § 37c SGB V eine „Leistungslücke“ zur Behandlungspflege aufweist, ist diese über die Behandlungspflege zu schließen.</p>
--	--	--	--	---

§ 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.	
§ 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>4Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist.</p>	<p>Begründung: Ob ein Ort geeignet oder ungeeignet ist bestimmt sich faktisch danach, ob eine geeignete Pflegefachkraft die Leistung am Ort erbringen kann und sie die persönliche Bereitschaft dazu hat. Unter diesen Bedingungen ist ein Ort „geeignet“.</p>

			Die Punkte 2. und 3. werden gestrichen.	<p>Das Erfordernis des „Wiederkehrens“ ist kein Kriterium, da es viele Orte gibt die Betroffene nur einmalig aufsuchen.</p> <p>Die Entscheidung welche Orte aufgesucht werden obliegt dem Betroffenen. Die Entscheidungsfreiheit im Vorfeld einzuschränken, wegen hygienischer Bedingungen oder der Wahrung der Intimsphäre stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Selbstbestimmung der Betroffenen dar. Der Betroffene bestimmt für sich seine Intimsphäre und welchen Schutz selbige erfahren soll oder auch nicht. Eine bevormundende Beurteilung durch Dritte ist mit dem Grundgesetz völlig unvereinbar.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>1Außerklinische Intensivpflege kann [PatV: kann soll] für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden. 2Auch 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</p>	<p>Begründung: Zur Abwendung von Gefahren für Leib und Leben bedürfen die Betroffenen eines konstanten hohen pflegefachlichen Standards. Diese Standards werden in vielen klinischen Abteilungen regelmäßig nicht mehr erfüllt. Mit der Bezugnahme auf die Standards der Leistungserbringer gem. § 132I SGB V wird ein prüfbarer Standard gesetzt, der als Untergrenze der pflegerischen Versorgung zu sehen ist. Sofern die aufnehmende Ein-</p>

			<p>[PatV: kann soll] außerklinische Intensivpflege nicht verordnet werden.</p> <p>Einfügen Satz 3 u. 4: Die in diesem Zeitraum versorgenden Einrichtungen müssen wenigstens den gleichen pflegefachlichen Standard erfüllen wie die Leistungserbringer gem. § 132I SGB V. Sofern dieser Standard nicht von den Einrichtungen erfüllt wird, besteht der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege fort.</p>	<p>richtung nicht in der Lage ist, diese Standards zu ermöglichen, kann die pflegerische Versorgung der Betroffenen von den gewohnten Pflegefachkräften übernommen werden.</p>
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			

§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
§ 2	Absatz 4					

§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fäl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>len 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

				bestimmt werden können.				
§ 3	Absatz 2		Ergänzen Satz 2: Bei Versicherten mit schweren und schwersten neurologischen und anderweitigen neurologischen Schädigungen muss die Prüfung des außerklinischen intensiv-pflegerischen Bedarfs durch einen Neurologen erfolgen.		Begründung: Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sind Menschen im Wachkoma explizit als Patientengruppe mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege qualifiziert worden. In der Praxis wurde und wird dieser Patientengruppe und anderen neurologisch und neuromuskulär erkrankten Versicherten oftmals der Anspruch versagt, weil Prüfungen zur Bewilligung regelmäßig ausschließlich auf das Vorhandensein eines Tracheostomas abstellen. In der Folge muss in vielen Fällen der Anspruch gerichtlich zugesprochen werden. Vor diesem Hintergrund sollen diese Krankheitsbilder nicht im Rahmen allgemeiner Prüfungen, sondern im Rahmen fachärztlicher Prüfungen beurteilt werden.			
§ 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 im	GKV-SV, KBV		PatV	

			<p>Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außer-klinischer 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 der Versorgung solange möglich, bis</p>	<p>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>		
--	--	--	--	--	--	--

			ein Platz zur Verfügung steht.			
§ 3	Absatz 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 <u>zusätzlich palliativmedizinische Fachkompetenz einzubeziehen.</u>		Begründung: In Bezug auf die durch unseren Verband repräsentierten Betroffenen stellen wir fest, dass es sich bei unseren Betroffenen regelmäßig nicht um Sterbende handelt. Vielmehr leben unsere Betroffenen mit schwersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Gleichwohl kann eine Beteiligung palliativmedizinischer Fachkompetenz gerade im Bereich der Schmerztherapie eine sinnvolle Ergänzung der außerklinischen Intensivpflege darstellen. Diese kann aber nur ergänzend hinzugezogen werden, weil die intensivpflegerischen Kompetenzen durch die palliativmedizinische Versorgung nicht hinreichend kompensiert werden können.	
§ 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		9 oder 10 Ist die Beatmung bzw. die Trachealkanüle dauerhaft indiziert oder eine Dekanülierung oder Entwöhnung		Begründung: Aufgrund regelmäßig hoher Aufwendungen für die Verbringung der Betroffenen in eine Klinik oder	

			<p>zum Zeitpunkt der Erhebung nicht möglich oder absehbar, sind die konkreten Gründe zu dokumentieren.</p> <p>Einfügen: Die Potentialerhebung soll soweit möglich auf Wunsch des Betroffenen an dessen Versorgungsort erhoben werden.</p>		<p>eine ambulante Praxis soll die Potentialerhebung grundsätzlich als aufsuchende Hilfe organisiert und strukturiert werden.</p>	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>			
§ 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 Aspirationsscreening 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ul style="list-style-type: none"> 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen. 		
			<p>Übernahme der Position KBV, PatV, DKG.</p>		<p>Begründung: Bereits zu diesem Zeitpunkt besteht keine uneingeschränkte Bereitschaft der Hausärzte wegen des hohen Aufwands bei der Erstellung der Verordnungen, die Versorgung der Betroffenen fortzuführen. Vor diesem Hintergrund ist eine weitere Einschränkung des Zugangs zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Hausärzte zu</p>	

					vermeiden, um ein hinreichendes Verordnungsgeschehen zu gewährleisten.	
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			
§ 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	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			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	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeat-	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			meten Versicherten spe- zialisierten Beatmungs- entwöhnungs-Einheit [.]		
			PatV zusätzlich: , 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.		
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).		
§ 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			
			GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	

§ 5	Abs. 5	Satz 1				
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4</p>	<p>DKG:</p> <p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>verständnis 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>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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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.	
§ 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	
			<p>Einfügen eines Satz 2:</p> <p>Von geeigneten Rahmenbedingungen ist auszugehen, wenn eine geeignete Pflegefachkraft die Pflegemaßnahmen erbringen kann und die persönliche Bereitschaft zur Leistungserbringung besteht.</p>	<p>Begründung: Gerade im Bereich häuslicher Versorgungen oder an anderen geeigneten Orten sind sehr unterschiedliche Gegebenheiten. Soweit über die Richtlinie Rahmenbedingungen für privaten Wohnraum etabliert werden sollen, stellt dies einen Eingriff in den grundrechtlich geschützten Bereich der Wohnung dar. Hierfür besteht schon im Gesetz keinerlei Ermächti-</p>

					gung und somit erst recht nicht für die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu verabschiedenden Richtlinie.	
§ 9	Absatz 6					
§ 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 Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.	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 beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

				gefährden. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
			Ergänzung Satz 4: Die Rückzugspflege ist nicht geeignet den Leistungszeitraum der Versorgung mit außerklinischen Intensivpflege der Betroffenen zu verkürzen.	Ergänzung Satz 4: Die Rückzugspflege ist nicht geeignet den Leistungszeitraum der Versorgung mit außerklinischen Intensivpflege der Betroffenen zu verkürzen.		Begründung: Die außerklinische Intensivpflege ist der Laienpflege nicht zugänglich. Sofern durch eine ärztliche Verordnung der Leistungszeitraum der Versorgung mittels einer geeigneten Pflegefachkraft durch pflegerische Leistungen der An- und Zugehörigen verkürzt wird, entsteht ein Zeitraum der Laienversorgung. Sofern in diesem Zeitraum fehlerhafte Versorgungsungen durch die An- und Zugehörigen erfolgen ist der verordnende Arzt

					<p>haftbar. Sofern An- und Zugehörige pflegerische Leistungen erbringen stellen diese einen Verzicht des Betroffenen auf die jeweils konkrete Leistung des Pflegedienstes dar. Diese Leistungen können jedoch nicht eingefordert werden, weil dies einen Verstoß gegen den besonderen grundrechtlichen Schutz von Ehe und Familie darstellt. Da An- und Zugehörige regelmäßig in einer familiären Beziehung zum Betroffenen stehen würde der Grundsatz des besonderen Schutzes in eine besondere Last verkehrt werden. Hierzu besteht weder im Gesetz und entsprechend auch nicht für die Richtlinie Raum.</p>
--	--	--	--	--	--

§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	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		Satz 2	GKV-SV, DKG:	KBV, PatV:	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

	Abs. 4 bzw. 5		² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	² 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.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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	PatV: ¹ 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.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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>		
			<p>Ergänzung Satz 5: Die Rückzugspflege ist nicht geeignet den Leistungszeitraum der Versorgung mit außerklinischen Intensivpflege der Betroffenen zu verkürzen.</p>	<p>Ergänzung Satz 4: Die Rückzugspflege ist nicht geeignet den Leistungszeitraum der Versorgung mit außerklinischen Intensivpflege der Betroffenen zu verkürzen.</p>		<p>Begründung: Die außerklinische Intensivpflege ist der Laienpflege nicht zugänglich. Sofern durch eine ärztliche Verordnung der Leistungszeitraum der Versorgung mittels einer geeigneten Pflegefachkraft durch pflegerische Leistungen der An- und</p>

						<p>Zugehörigen verkürzt wird, entsteht ein Zeitraum der Laienversorgung. Sofern in diesem Zeitraum fehlerhafte Versorgungsungen durch die An- und Zugehörigen erfolgen ist der verordnende Arzt haftbar. Sofern An- und Zugehörige pflegerische Leistungen erbringen stellen diese einen Verzicht des Betroffenen auf die jeweils konkrete Leistung des Pflegedienstes dar. Diese Leistungen können jedoch nicht eingefordert werden, weil dies einen Verstoß gegen den besonderen grundrechtlichen Schutz von Ehe und Familie darstellt. Da An- und Zugehörige regelmäßig in einer familiären Beziehung zum Betroffenen stehen würde der Grundsatz des besonderen</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>Schutzes in eine besondere Last verkehrt werden. Hierzu besteht weder im Gesetz und entsprechend auch nicht für die Richtlinie Raum.</p>
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		<p>KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	<p>DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	KBV, PatV	DKG, GKV-SV
Anhang Behandlungsplan			<p>GKV-SV Inhalte des Behandlungsplans als Bestandteil der Richtlinie</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Behandlungsplan nicht als Bestandteil der Richtlinie vorsehen.</p>	GKV-SV	PatV, KBV, DKG:

Sonstiges

Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.

Mit der Einführung des § 37c SGB V hat der Gesetzgeber die seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestehende unzureichende Leistungspraxis der Gesetzlichen Krankenkassen beendet. Die parallel zu dieser verbesserten Leistungsgewährung erfolgten Einschränkungen begegnen hingegen größten Bedenken und werfen weitreichende Fragen auf.

Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sind für die Betroffenen von existentieller Bedeutung für ihr Leben und ihre Lebensführung. Dementsprechend sind die betroffenen Rechtsgüter vielfach von Verfassungsrang. Somit wird die Ausarbeitung der AKI-RL selbst zum Prüfstein für die Selbstverwaltung und den Gemeinsamen Bundesausschuss als sublegislativer Verordnungsgeber. Die Selbstverwaltung muss erkennen lassen, dass sie in der Lage ist, den Betroffenen Leistungen zur Verfügung zu stellen, die ihnen unter dem Eindruck schwerster gesundheitlicher Beeinträchtigungen eine ihren Wünschen und ihrem Willen entsprechende Lebensführung ermöglichen.

In der Kürze der Zeit hat der SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V. die wesentlichen Punkte herausgestellt, bei denen es zu diesem Zeitpunkt nicht gelingt unter den oben beschriebenen Grundsätzen angemessene Leistungen zu gewährleisten bzw. die Leistungsgewährung mit unnötigen und bisweilen möglicherweise rechtswidrigen Anforderungen zu belasten. Eine umfängliche Beteiligung im weiteren Prozess ist mit Blick auf die zu diesem Zeitpunkt festgestellten Mängel unerlässlich.



DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Dorothee Lerch
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen

via E-Mail: aki@g-ba.de

Der Präsident
Prof. Dr. med. Jörg Dötsch

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:
Universitätsklinikum Köln
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kerpener Str. 62
50937 Köln
Tel. +49 211 478-4350
Fax: +49 221 478-4635
doetsch@dgkj.de

**Stellungnahme der DGKJ zur Erstfassung der Richtlinie über die
Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL)**

Köln, 23.07.2021

Sehr geehrte Frau Lerch,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie uns Gelegenheit zu einer Stellungnahme zum
Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der
Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege geben.

Die vorgelegte Stellungnahme wird unterstützt vom Berufsverband
Kinderkrankenpflege Deutschlands e. V. (BeKD). Die entsprechenden im Formular
eingetragenen Aspekte seitens der Kinder- und Jugendmedizin haben wir auch
nachfolgend noch einmal aufgeführt:

In § 1 Grundlagen weisen Sie auf den besonders hohen Bedarf an medizinischer
Behandlungspflege hin, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten
Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein
vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten
Versorgungszeitraum erforderlich ist. Das trifft insbesondere für das Gebiet der
außerklinischen pflegerischen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin zu.
Hier versorgen Fachpflegende selbstständig - im Vergleich zu klinischem Setting, in
dem man immer im Team arbeitet - intensivpflegebedürftige Kinder und Jugendliche
bis zum 18. Lebensjahr. Medizinische Behandlungspflege im Rahmen der
außerklinischen Intensivpflege darf zur Gewährleistung der Patientensicherheit nur
durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden. Geeignete Pflegefachkräfte
müssen in diesem Fachgebiet ausreichend und entsprechend qualifiziert sein, d.h.
aktuell müssen das analog den Qualitätsrichtlinien im stationären Setting
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger möglichst mit
zusätzlicher Weiterbildung im Bereich der pädiatrischen und neonatologischen
Intensivpflege sein.

Seit 2020 werden Pflegende generalistisch nach Pflegeberufegesetz ausgebildet.
Daher muss der Pflegedienst in der außerklinischen Intensivpflege von Kindern und
Jugendlichen aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits-
und Kinderkrankenpflegern bestehen. Abweichend von Satz 1 können auch
Pflegefachfrauen und -fachmänner eingesetzt werden, die eine Weiterbildung in den

pflegerischen Fachgebieten „pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben.

Die Verordnung ist über eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt geregelt. In der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt die Indikationsstellung zu außerklinischer Intensivbehandlung meist in der primär behandelnden Klinik. Insoweit halten wir die Regelung über § 7 für unverzichtbar. Die fachärztliche Qualifikation muss unserer Ergänzung zu § 4 entsprechen (s.u.).

Dem Zusatz der PatV auf Seite 8 und 17 stimmen wir ausdrücklich zu.

Zu § 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte muss bei dem Zusatz KBV, PatV, DKG und GKV-SV ergänzt werden: 5. c) mit dem Schwerpunkt Neonatologie, 5 d) mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Entsprechend gilt das für die Box auf S. 12 und für alle anderen Definitionen der Facharztqualifikation.

Im § 8 (§) plädieren wir für den Vorschlag DKG, KBV, PatV.

In § 10 (2) bzw. (3) sollte die korrekte Bezeichnung Kinder- und Jugendarzt /-ärztin verwendet werden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Jörg Dötsch
DGKJ-Präsident



PD Dr. Burkhard Rodeck
DGKJ-Generalsekretär

Anlage:

- Stellungnahme-Formular

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.

			Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.		
			23.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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: /Pflegerkräfte		
			In § 1 Grundlagen weisen Sie auf den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege hin, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar in-		

			<p>tensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum erforderlich ist. Das trifft insbesondere für das Gebiet der außerklinischen pflegerischen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin zu. Hier versorgen Fachpflegende selbstständig - im Vergleich zu klinischem Setting, in dem man immer im Team arbeitet - intensivpflegebedürftige Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Medizinische Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege darf zur Gewährleistung der Patientensicherheit nur durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden. Geeignete Pflegefachkräfte müssen in diesem Fachgebiet ausreichend und entsprechend qualifiziert sein, d.h. aktuell müssen das analog den Qualitätsrichtlinien im stationären Setting Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger möglichst mit zusätzlicher Weiterbildung im Bereich der pädiatrischen und neonatologischen Intensivpflege sein.</p> <p>Seit 2020 werden Pflegende generalistisch nach Pflegeberufegesetz ausgebildet. Daher muss der Pflegedienst in der außerklinischen Intensivpflege von Kindern und Jugendlichen aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern bestehen. Abweichend von Satz 1 können auch Pflegefachfrauen und -fachmänner eingesetzt werden, die eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben.</p>	
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
§ 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, 	

			<p>2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</p> <p>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>
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll
§ 1	Absatz 6		
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege			

§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen In-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>tervention 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus be-</p>			
--	--	--	---	---	--	--	--	--

				bestimmt werden können.	stimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>		

			in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. ³ 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.	in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<ul style="list-style-type: none"> 7. Notfallsituatio- nen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Be- atmeter verfügen. 		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 be- darf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 4	Absatz 2				
§ 4	Abs. 2	Satz 1	<p>DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹Erfolgt die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege für beatmete Versi- cherte 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 Fach- ärztinnen und Fachärzte</p> <ul 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, 		

			für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1				
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
§ 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		<p>Zu § 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte muss bei dem Zusatz KBV, PatV, DKG und GKV-SV ergänzt werden: 5. c) mit dem Schwerpunkt Neonatologie, 5 d) mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Entsprechend gilt das für die Box auf S. 12 und für alle anderen Definitionen der Facharztqualifikation.</p>			
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis	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			

		Satz 6 oder 7	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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

§ 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						
Wir plädieren wir für den Vorschlag DKG, KBV, PatV.						
§ 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.			
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

				von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				Verfahrens zur Potenzial- erhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	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		In § 10 (2) bzw. (3) sollte die korrekte Bezeichnung Kinder- und Jugendarzt /-ärztin verwendet werden.			

§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung	PatV: ¹ Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit 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>die fachgerechte Versorgung 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 § 132l 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.			<p>Die Verordnung ist über eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt geregelt. In der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt die Indikationsstellung zu außerklinischer Intensivbehandlung häufig in der primär behandelnden Klinik. Insofern halten wir die Regelung über § 7 für unverzichtbar. Die fachärztliche Qualifikation muss unserer Ergänzung zu § 4 entsprechen (s. o.).</p> <p>Zudem stimmen wir dem Zusatz der PatV auf Seite 8 und 17 ausdrücklich zu.</p>			

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.

			Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) e.V.		
			23.07.2021		
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		

§ 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.	
§ 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). 	
			DMGP: Punkt 2 und 3 streichen	<p>Außerklinische Intensivpflege muss im Rahmen der medizinischen (z.B. ambulante Physiotherapie), der sozialen (Urlaub, Besuche) sowie der beruflichen Teilhabe möglich sein.</p> <p>Sowohl Kosten- als auch Leistungs-</p>

				träger könnten auf Verweis dieser Ausführung unter Punkt 2 und 3 eine Versorgung im Rahmen der Teilhabeleistungen verweigern.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll DMGP: Bei selbst organisierter Pflege nach §63b Absatz 3 und 4 SGB XII (Leistungskonkurrenz) ist die Verordnung häuslicher Krankenpflege weiterhin möglich.	Die Begleitung im Krankenhaus/ Rehabilitation ist im Rahmen selbst organisierter Pflege (persönliches Budget) bei der Nutzung persönlicher Budgets möglich. Dies setzt eine Verordnung häuslicher Intensivpflege voraus und kann nicht kurzzeitig ausgesetzt werden.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
			<p>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung und Schaffung der Voraussetzungen zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung in einer geeigneten stationären medizinischen Versorgungseinrichtung. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6</p>	<p>Die Aufgabe in der außerklinischen Intensivpflege kann diesbezüglich nur auf hinführenden Maßnahmen liegen.</p>		

			festgestellten 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							
§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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 Pflegefach-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>kraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
					<p>DMGP: Streichung „täglich“, sonst PatV-Entwurf</p>	<p>SG Berlin, Urteil vom 07.11.2014 – S 89 KR 1954/11: Ein Verweis der HKP Richtlinie auf „tägliche“ Situation überschreitet den Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Nicht erst bei täglich auftretenden lebensbedrohlichen Situationen entfällt der Behandlungsgrund. Dies ist vielmehr schon dann der Fall, wenn solche Situationen aufgrund der Grunderkrankung unvorhersehbar jederzeit</p>		

						auftreten können.
§ 3	Absatz 2					
§ 3	Absatz 3					
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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/<u>Grunderkrankung</u> 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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/<u>die Grundkrankheit</u> spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>	GKV-SV, KBV	PatV

				<p>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 weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung/ die Grundkrankheit spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>	<p>Im Sinne der Patientenautonomie und dem dezidierten Patientenwillen folgend, sollte kein Zwang zu einer Entwöhnung, zumindest nicht sofortig bestehen. Es muss äußeren und sozialen Faktoren, die ggf. gegen eine sofortige stationäre Aufnahme sprechen Rechnung getragen werden. Darüber hinaus muss die Behandlung/Entwöhnung bei speziellen Grunderkrankungen (z.B. Querschnittsyndrome), in den entsprechenden Fachzentren erfolgen, da nur dort die fachliche Expertise vorhanden ist und nur so Komplikationen in der Behandlung mit daraus resultierenden Folgeschäden ver-</p>
--	--	--	--	--	--

					mieden werden können.	
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			DMGP: Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, soll die Erhebung alle 6 bis 12 Monate, abhängig von der Grunderkrankung durchgeführt werden. Die Zeitspanne ist in der Erstverordnung festzulegen.		Bei bestimmten Grunderkrankungen, kann zum Teil einerseits ein Weaningpotential bereits bei Einleitung der außerklinischen Intensivpflege von vornherein dauerhaft ausgeschlossen werden, andererseits	

					bei prinzipiell langfristig noch bestehender Möglichkeit zum Weaning ist von deutlich langfristigeren Regenerationszeiträumen auszugehen. Relevante Änderungen sind halbjährlich nicht zu erwarten. Aus diesem Grunde plädieren wir für eine flexiblere zeitliche Ausgestaltung an der Grunderkrankung orientiert.	
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			<u>Satz 9 oder 10 (ohne PatV): 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. In diesen Fällen entfällt die Prüfung nach Satz 1 bis 9 oder 10.</u>	<u>Eine regelmäßige Überprüfung macht bei Patienten mit progredienten Erkrankungen (z.B. ALS) oder kompletter Querschnittlähmung keinen Sinn.</u>		
§ 3	Absatz 6 bzw. 7					
§ 3	Abs. 6	Satz	PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben	PatV	KBV, GKV-SV,

bzw. 7	1				DKG	
		DMGP: Version PatV verwenden				
		1. 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
			DMGP: Punkt 9 streichen		Die Beurteilung von Lebensqualität ist höchst individuell. Geeignete Messinstrumente und psychosoziale Faktoren werden wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Die Konsequenz einer Erhebung ist nicht ersichtlich.	
§ 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 Prozeduren-schlüssel (OPS).			
			DMGP: Erfolgt die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) sowie der zu deren		Es sollten verbindliche und gleiche Richtlinien für den ambulanten und stationären Bereich gel-	

			Umsetzung notwendigen Maßnahmen gemäß § 3 Absatz [DKG: 5] [KBV, PatV: 6] im Rahmen des Entlassmanagements, richtet sich diese ebenfalls nach den oben genannten Anforderungen.		ten.			
§ 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:		
			DMGP: Version der PatV verwenden.					
			PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationsscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])	PatV, DKG	KBV, GKV-SV		
			DMGP: Version der PatV, DKG verwenden.	streichen	Eine regelmäßige, ggf. sogar halbjährliche FEES ist medizinisch nicht indiziert und bringt nur einen weiteren therapeutischen Nutzen bei klinischen Veränderungen			

					gen zum Vorbefund.	
			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	KBV, PatV, DKG:	GKV-SV:	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

		2	5. für Kinder- und Jugendmedizin [.]	<p>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</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ul style="list-style-type: none"> 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen. 		
			DMGP: Version KBV, PatV, DKG streichen	DMGP: Version der GKV-SV verwenden	Die Hausärzte sollten unbedingt in die Verordnung und Potenzialerhebung eingebunden werden, da ansonsten keine stabile ambulante Versorgungsstruktur aufrecht zu erhalten ist. Jedoch muss eine entsprechende fachliche Expertise gefordert werden, da ansonsten keine adäquate Versorgung und vor allem auch keine fachlich korrekte Potentialerhebung möglich ist.	
§ 4	Abs. 1	Satz	GKV-SV: ⁴ Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der			

		4	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.	
			DMGP: 4Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Landes-Ärzttekammer. 5Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.	Die Prüfung fachlicher Qualifikationen liegt auch sonst bei den Ärztekammern.
§ 4	Absatz 2			
§ 4	Abs. 2	Satz 1	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte <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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.	
			6. Sonstige Fachärzte mit mindestens fünfjähriger Erfahrung in der Beatmung und Entwöhnung von Patienten mit einer Querschnittlähmung.	Aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes und deren Folgen, findet die Behandlung im multidisziplinären Team statt.
§ 4	Absatz	Satz		

	2 bzw. 3	1				
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			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 und spezialisierte Beatmungseinheiten	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
			DMGP: Fachärztinnen und Fachärzte mit		Bei speziellen Krank-	

		<p>mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit und auf die Grundkrankheit spezialisierte Beatmungseinheiten</p>		<p>heitsbildern, wie z.B. Querschnittsyndrome und neuromuskuläre Erkrankungen unterscheiden sich die Verfahren zur Beatmungsentwöhnung grundlegend. Eine entsprechende medizinische Expertise ist zwingend erforderlich. Darüber hinaus bestehen deutlich höhere Anforderungen an den Pflege-schlüssel und die technische Ausstattung.</p>	
<p>PatV zusätzlich: ,</p> <ul style="list-style-type: none"> a. in der neurologischen Frühreha Phase B, b. in einem Querschnitts-gelähmten-Zentrum, c. in einem neuromuskulären Zentrum oder d. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege. 					
<p>DMGP: d. streichen</p>				<p>Die Feststellung des Potentials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis</p>	

					hin zur Vollständigen Entwöhnung bedarf einer besonderen fachlichen Expertise in diesem Bereich, die sichergestellt bleiben sollte.	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
			DMGP: ² 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. 3. streichen	Es sollten verbindliche Richtlinien wie oben im Gesetz festgelegt gelten. Änderungen sollten auch in der legislativen Kompetenz liegen.		
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,	KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach § 4	PatV, GKV-SV	KBV

		<p>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>Absatz 1, Absatz [2 bzw. 3] und Absatz [3 bzw. 4] werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
		<p>DMGP: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und die auf die auslösende Grunderkrankung spezialisierten Zentren, 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>streichen</p>	<p>Die Querschnittszentren sind häufig die Erstan-sprechpartner für die entsprechenden Patienten. Sie sind entscheidend in die Behandlung, die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege, sowie in die Feststellung des Weaningpotentials mit eingebunden. Dies sollte den Versicherten gegenüber auch so zugänglich gemacht werden.</p>	

§ 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.	
			DMGP: streichen	Unverzüglich, ist keine klare zeitliche Definition und führt nur zu Diskussionsbedarf mit den Kostenträgern
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			DMGP Punt 2: a) die Beatmungsform (invasiv/nicht-invasiv; assistiert/kontrolliert; direkte oder indirekte Phrenicusstimulation)	Die direkte oder indirekte Phrenicusstimulation stellt eine eigene Beatmungform dar, welche der Überwachung der außerklinischen Intensivpflege bedarf.
			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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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: 2Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] 2 oder 3Die 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.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			DMGP- streichen	DMGP: Übernahme Version PatV		
§ 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,	DKG: Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt, kann die Krankenkasse,	GKV-SV, KBV	DKG

			se der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	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		
			DMGP: streichen	Übernahme Version DKG		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			

§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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
			DMGP: Übernehmen	streichen		
§ 8	Absatz 4					
§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege						
§ 9	Absatz 1		DMGP: Satz 1, Punkt 5.: die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes oder Phreniscusstimulators		Die direkte oder indirekte Phrenicusstimulation stellt eine eigene Beatmungform dar, welche der Überwachung der außerklinischen Intensivpflege bedarf.	
§ 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		DMGP: Satz 1 ² Zur medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege können insbesondere gehören: 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 au-	

				ßerklinischen Intensivpflege gefördert werden und bei der Umsetzung die Sicherheit der Patienten gewährleistet sein.
§ 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, sowie Maßnahmen auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht.	
			² Umfasst sind auch pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, sowie Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Teilhabe auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht.	Die Förderung der sozialen Teilhabe ist ein elementarer Baustein der Pflege und Therapie und auch so in der europäischen Behindertenrechtskonvention festgelegt.
§ 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			

§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG: 1Der 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. 3Im 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>PatV: 1Im 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 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>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV
			DMGP: streichen	Übernahme Variante PatV	Die Erklärung ergibt sich durch den zweiten Teil des Vorschlages der PatV	
§ 9	Absatz 7					

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

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
				DMGP: streichen	1. aus der klinischen Verordnung im Rahmen des Entlassmanagamentes kann diese Funktion nicht durchgeführt werden. 2. Dies widerspricht dem Selbstbestimmungsrecht und der freien Arztwahl des Pa-	

					tienten	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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
				DMGP: ... sind verpflichtend. Kooperationen im Rahmen telemedizinischer Konzepte sind dabei möglich.	Spezialisierte Behandlungszentren gewährleisten auf hohem Niveau eine lebenslange Nachsorge. Sie müssen in die weitere Behandlung mit einbezogen werden. Je nach Grunderkrankung liegen sie oft in weiter Distanz zum Wohnort der Patienten. Deshalb sind telemedizinische Konzepte zu unterstützen.	
§10	Abs. 1	Satz	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			

	bzw. 2	4				
§ 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: 2Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: 2Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			DMGP: streichen	Übernahme		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: 1Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132I SGB V bei der	PatV: 1Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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. 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>diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung 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>		
			DMGP: streichen	Übernahme		
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		<p>KBV, PatV: 1Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	<p>DKG, GKV-SV: 1Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	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:
<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>	<p>In Bezug auf das Atemvermögen bei Querschnittlähmung sind besondere Faktoren zu beachten, welche sich von anderen Beatmungskonstellationen unterscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderte zentrale Atemkontrolle • autonome Dysregulation mit Hyperreagibilität der Atemwege • veränderte Compliance von Lungen- und Thoraxwand • motorisch lähmungsbedingte verminderte Kraft der in- und expiratorischen Atemmuskulatur • Interaktion zwischen Thorax und Abdomen <p>Neben diesen spezifischen Faktoren der Beatmung führt die Grunderkrankung der Querschnittlähmung zu einem Bedarf an interdisziplinärem Wissen, welches nur in anerkannten, spezialisierten Zentren vorhanden ist. Weitere mögliche Komplikationen müssen bei der Behandlung immer mit beachtet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haut- und Weichteilschäden • Neuro-urologische Probleme/Darmmanagement • Spastiken und Kontrakturen • Schmerzsyndrome • Autonome Dysreflexie • Osteoporose und Frakturen 			

- Heterotope Ossifikation
- Progrediente Rückenmarksveränderungen

Aus diesem Grund muss gewährleistet werden, dass beatmete, querschnittgelähmte Menschen auch weiterhin in einem spezialisierten Querschnittszentrum behandelt werden und eine lebenslange Nachsorge gewährleistet ist.

Rechtsanwältin D. Schnürer, Wönnichstr. 14, 10317 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin
Per Mail: carolin.rabethge@g-ba.de

Rechtsanwältin D. Schnürer
Wönnichstraße 14
10317 Berlin

SOZIALRECHT - ARBEITSRECHT

Tel 030 – 887 007 49
0152 – 521 82 732
Fax 030 – 887 007 96
anwaeltin-schnuerer@posteo.de
www.kanzlei-schnuerer.de

In Bürogemeinschaft mit
Rechtsanwältin M. Melior
Rechtsanwalt M. Plöse

In Kooperation mit
Rechtsanwältin F. Demirkan

Ihr Zeichen

Mein Zeichen
101/21-DS

Berlin, den 23. Juli 2021

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Frau Rabethge,

hiermit zeige ich an, dass mich ALS-mobil e. V. mit der Wahrnehmung seiner Interessen beauftragt hat.

Namens und in Vollmacht des ALS-mobil e. V. werden die Stellungnahme des ALS-mobil e. V. zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sowie die darauf bezogene Vorbemerkung eingereicht.

Mit freundlichen Grüßen



D. Schnürer
Rechtsanwältin

Anlagen

- Vollmacht
- ALS-mobil E. V. Vorbemerkung zur Stellungnahme
- ALS-mobil e. V. Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie

Vollmacht

Zustellungen werden nur an die
Bevollmächtigte erbeten!

der Rechtsanwältin **D. Schnürer**,
Adresse: Wönnichstr. 14, 10317 Berlin

wird hiermit in Sachen **ALS-mobil e. V.**

wegen Vertretung ggü. Gemeinsamer Bundesausschuss, Stellungnahme zur Erstfassung der
Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege,

Prozessvollmacht sowie Vollmacht zur außergerichtlichen Vertretung erteilt.

Die Vollmacht erstreckt sich insbesondere auf die Befugnis

1. zur Prozessführung (u. a. nach §§ 81 ff. ZPO) einschließlich der Befugnis zur Erhebung und Zurücknahme von Widerklagen;
2. zur Antragsstellung in Scheidungs- und Scheidungsfolgesachen, zum Abschluss von Vereinbarungen über Scheidungsfolgen sowie zur Stellung von Anträgen, auf Erteilung von Renten- und sonstigen Versorgungsauskünften;
3. zur Vertretung und Verteidigung in Strafsachen, Ordnungswidrigkeitsverfahren und Bußgeldsachen (§§ 302, 374 StPO) einschließlich der Vorverfahren sowie (für den Fall der Abwesenheit) zur Vertretung nach § 411 II StPO und mit ausdrücklicher Ermächtigung auch nach §§ 233 I, 234 StPO, zur Stellung von Straf- und anderen nach der Strafprozessordnung zulässigen Anträgen und von Anträgen nach dem Gesetz über die Entschädigung für Strafverfolgungsmaßnahmen, insbesondere auch für das Betragsverfahren;
4. zur Vertretung in Verwaltungs-, Verwaltungsgerichtsverfahren und Verfassungsgerichtsverfahren;
5. zur Vertretung in sonstigen Verfahren und bei außergerichtlichen Verhandlungen aller Art (insbesondere auch in Unfallsachen zur Geltendmachung von Ansprüchen gegen Schädiger, Fahrzeughalter und deren Versicherer);
6. zur Begründung und Aufhebung von Vertragsverhältnissen und zur Abgabe und Entgegennahme von einseitigen Willenserklärungen (z.B. Kündigungen) in Zusammenhang mit der oben unter „wegen...“ genannten Angelegenheit.

Die Vollmacht gilt für alle Instanzen und erstreckt sich auch auf Neben- und Folgeklagen aller Art (z. B. Arrest- und einstweilige Verfügung, Kostenfestsetzungs-, Zwangsvollstreckungs-, Zwangsversteigerungs-, Zwangsverwaltungs- und Hinterlegungsverfahren sowie Insolvenz- und Vergleichsverfahren über das Vermögen des Gegners). Sie umfasst insbesondere die Befugnis, Zustellungen zu bewirken und entgegenzunehmen, die Vollmacht ganz oder teilweise auf andere zu übertragen (Untervollmacht), Rechtsmittel einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten, den Rechtsstreit oder außergerichtliche Verhandlungen durch Vergleich, Verzicht oder Anerkenntnis zu erledigen, Geld, Wertsachen und Urkunden, insbesondere auch den Streitgegenstand und die von dem Gegner, von der Justizkasse oder von sonstigen Stellen zu erstattenden Beträge entgegenzunehmen sowie Akteneinsicht zu nehmen.

22.07.21, den Dessau-Roßlau

(Unterschrift)



**Vorbemerkung des ALS-mobil e. V.
zur Stellungnahme zur Erstfassung der
Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

Als Selbsthilfeverein vertritt ALS-mobil Menschen, die tagtäglich von den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege in existenzieller Weise betroffen sein werden. Aus diesem Grund möchten wir neben unserer Stellungnahme im Rahmen des Formulars folgende Punkte einbringen, für die im Formular kein Raum ist bzw. die in dem Richtlinienentwurf bisher nicht berücksichtigt werden.

Die Erstfassung der Richtlinie gewährleistet aus Sicht der Betroffenen nicht ausreichend das selbstverständliche Recht der Versicherten, über ihr Leben selbst zu bestimmen. Dieses Selbstbestimmungsrecht wird besonders durch Kommunikationsbarrieren gefährdet, indem vorschnell z. B. An- und Zugehörigen befragt und dadurch Dinge über die Köpfe der Versicherten hinweg entschieden werden. So lange irgend möglich muss die oder der Versicherte selbst Entscheidungen treffen können, auch wenn die (ggf. unterstützte) Kommunikation erhebliche Geduld und/oder spezielle Hilfsmittel erfordert.

Für Betroffene ist es zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Lebensweise wichtig, dass außerklinische Intensivpflege auch durch selbstbeschaffte und selbst eingearbeitete Assistenzkräfte im Persönlichen Budget geleistet wird. Dies ist bereits aufgrund des akuten Pflegefachkräftemangels unerlässlich, da qualifiziertes Personal zu dem Stundenlohn, der im Persönlichen Budget von den Leistungsträgern übernommen wird, quasi nicht zu finden ist und auch bei höherer Bezahlung Personalknappheit bestünde. Die Erfahrung der Betroffenen ist, dass nicht die Qualifikation über die Geeignetheit einer Person für die Sicherstellung der Intensivpflege entscheidet. So machen die, teilweise invasiv beatmeten, Vereinsmitglieder gute Erfahrungen mit Assistent*innen aus artfremden Berufen, die umfassend eingearbeitet werden. Geeignete, zertifizierte Weiterbildungen sind inzwischen verfügbar und werden genutzt. Durch die Krankenkassen wird die Anstellung einer unqualifizierten Person nun jedoch oft nur noch unter der Bedingung gewährt, dass eine ärztliche Bestätigung über die Geeignetheit der Person vorgelegt wird. Die Ärzt*innen sollen also für die Geeignetheit einer Person haften. Dies ist eine unzumutbare Hürde bei dem Aufbau eines eigenen selbstausgesuchten Pflgeteams, die den Aufbau sogar vereiteln kann, wenn sich keine Ärzt*in findet, die diese Haftung übernimmt. Bisher fehlt in der Erstfassung der Richtlinie eine die selbstbestimmte Auswahlkompetenz respektierende und gewährleistende Regelung darüber, welche Personen die außerklinische Intensivpflege im Persönlichen Budget leisten dürfen (§ 1 RL).

Es fehlt darüber hinaus eine klare Regelung für den Fall, dass sich der Bedarf an außerklinischer Intensivpflege verringert oder ganz entfällt. Hier ist eine ausreichende Übergangszeit zu gewährleisten, die es insbesondere Personen, die z. B. in Pflege-WGs leben, ermöglicht, an einen neuen Wohnort umzuziehen. Eine Übergangszeit von 6 Monaten wird angeregt, in der die Intensivpflegeleistungen unverändert weiterhin übernommen werden. Dies kann in § 9 der Richtlinie geregelt werden.

Die Rechte der Versicherten im Zusammenhang mit dem Abschluss einer Zielvereinbarung nach § 37c Abs. 2 S. 4 SGB V und die genauen Ziele bzw. Grenzen dessen, was geregelt werden soll, werden in der Erstfassung der Richtlinie bisher nicht konkretisiert. Dies ist problematisch, weil der Abschluss einer Zielvereinbarung erfahrungsgemäß zu vielfältigen Auseinandersetzungen mit den Leistungsträgern führt. In Fällen des § 29 SGB IX (Persönliches Budget) kann hier die Unterstützung der Sozialgerichte in Anspruch genommen werden, indem zunächst die vom Leistungserbringer diktierte Zielvereinbarung unterschrieben und dann im Rahmen des Leistungsbescheids teilweise angefochten wird.

Bei der außerklinischen Intensivpflege wird es eine Verordnung der Leistung, aber keinen Leistungsbescheid geben, der mit Widerspruch und Klage angefochten werden kann. Die Versicherten haben also keine rechtliche Handhabe, um sich gegen ungerechtfertigte und/oder unzumutbare Zielvereinbarungen zu wehren, die z. B. massiv in ihre Häuslichkeit eingreifen (Baumaßnahmen). Dabei hängt von dem Abschluss der Zielvereinbarung ab, ob sie in ihrem Haushalt gepflegt werden dürfen oder in eine stationäre Einrichtung verwiesen werden. Der gegen den Willen der Versicherten durchgesetzte Verweis in eine stationäre Einrichtung verstößt gegen Art. 19 lit. a UN-BRK sowie das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten, das grundrechtlich geschützt ist, Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Um Grundrechtsverstöße zu vermeiden ist hier eine Konkretisierung unabdingbar, die das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten gewährleistet.

Ist außerklinische Intensivpflege Teil eines Persönlichen Budgets mit weiteren Leistungen, muss gewährleistet sein, dass die Leistung der Intensivpflege sofort erfolgt, auch wenn das Teilhabeplanverfahren nach Teil 1 Kapitel 2-4 SGB IX längere Zeit in Anspruch nimmt. Dies sollte zur Klar- und Sicherstellung in der Richtlinie geregelt werden, § 8 Abs. 3.

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.

			ALS-mobil e. V.		
			23.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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: /Pflegerkräfte		
			PatV wird unterstützt. Bitte zugügen: /Assistenzkräfte		der Zusatz ist zwingend, um deutlich zu machen, dass § 37c Abs. 4 S. 2 SGB V stets mitzudenken ist und sich die Vorgabe der Leistungserbringung durch Pflege-

				<p>fachkräfte auf eine ambulante Versorgung durch (Intensiv)Pflegedienste bezieht. Vor dem Hintergrund des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten (grundrechtlich geschützt durch Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) ist dieser Zusatz hier, trotz § 1 Abs. 1 S. 6 oder 7 notwendig.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
			<p>bitte streichen</p>	<p>Versicherte, die ihre Intensivpflege seit Jahren oder Jahrzehnten mit persönlicher Assistenz selbst sicherstellen (Persönliches Budget), machen die Erfahrung, dass eine gute fachliche Qualifikation die Qualität der Versorgung leider nicht immer gewährleisten kann. Sie sind mit ihren unqualifizierten aber erfahrenen Assistenzkräften, die umfassend eingearbeitet und regelmäßig fortgebildet werden, oft zufriedener und besser versorgt. Abgesehen davon sind Pflegefachkräfte durch den Pflegenotstand auf lange Sicht nicht ausreichend verfügbar, weshalb die ambulante Intensivpflege insgesamt gefährdet ist, wenn die Leistung durch eine PflegeFACHkraft Voraussetzung für die Leistungsbewilligung wäre.</p>

				Die verpflichtende Verwendung einer Pflegefachkraft steht auch im Widerspruch zu der Regelung, unqualifizierte An- und Zugehörige in die ambulante Intensivpflege einzubinden.
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3		S. 3: „angemessen berücksichtigt“ bitte streichen	als unbestimmter Rechtsbegriff eröffnet diese Formulierung Unsicherheiten, die zulasten der Versicherten gehen können. Insbesondere ist zu beachten, dass die „getrennt zu berücksichtigenden besonderen Belange“ der Kinder, Jugendlichen und jungen volljährigen Versicherten (§ 37 Abs. 1 S. 8 SGB V) auch dahin gehen können, dass An- und Zugehörige gerade nicht in die häusliche Intensivpflege einbezogen werden sollen (Wunsch- und Wahlrecht).
§ 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 	

			<p>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>
			<p>Nr. 2: „regelmäßig wiederkehrend“ bitte streichen. Nr. 3: „geeignete“ bitte streichen. Zusatz: „(...) räumliche Verhältnisse vorliegen, die den Wünschen der Versicherten entsprechen (...)“</p>
			<p>zu Nr. 2: Verstoß gegen Art. 19 lit. a UN-BRK, der als Völkerrecht auf einer Ebene mit einfachen Bundesgesetzen wie § 37c SGB V steht. Art. 19 lit. a UN-BRK verpflichtet die Bundesrepublik dazu, das Recht von Menschen mit Behinderungen anzuerkennen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, indem sie gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen.</p> <p>zu Nr. 3: das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist zu gewährleisten, auch im Hinblick auf den Standard z. B. eines Seminarhauses, einer Ferienwohnung, einer Wohnung von Freund*innen o. ä.</p>
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>Satz 1: PatV wird unterstützt; „nicht“ bitte streichen. Satz 2: PatV wird unterstützt; „nicht“ bitte streichen.</p>
			<p>Durch die Überlastung des Krankenhauspersonals (Betreuungsschlüssel) ist eine Intensivpflege insbesondere von Personen, die unterstützter Kommunikation bedürfen oder auch kognitiv beeinträchtigt sind,</p>

				<p>im Krankenhaus regelmäßig nicht leistbar. Aus diesem Grund ist es zur Gewährleistung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit der Versicherten unerlässlich, das vertraute Pflorgeteam (Assistenzteam), das die versicherte Person bereits ambulant unterstützt, auch während eines Krankenhausaufenthalts weiter zu finanzieren. So können die Assistenzkräfte die Versicherten ins Krankenhaus begleiten und die Intensivpflege sicherstellen.</p> <p>Auf den durch den Bundestag beschlossenen § 44b SGBV wird verwiesen, der Krankengeld für Krankenhausassistenten durch An- und Zugehörige regelt (BT-Drs. 19/31069) und den oben beschriebenen Bedarf anerkennt. Allerdings muss Intensivpflege im Krankenhaus auch durch eingearbeitete Assistenz- und Pflegekräfte abgedeckt werden können.</p>
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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		in Satz 1 bitte zufügen: „(...) individuellen Bedarfs und ihrer individuellen Wünsche (...)“		das Wunsch- und Wahlrecht ist zu beachten („Nichts über uns ohne uns!“)	
§ 2	Absatz 2		bitte zufügen: „4. Verbesserung der Lebensqualität“		Gerade bei Versicherten, bei denen, wie bei ALS-Patient*innen, ein Verbesserungspotential für Funktionsbeeinträchtigungen nicht besteht, kommt der Verbesserung der Lebensqualität eine hohe Priorität zu. Die Therapien sind auch darauf auszurichten.	
§ 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,	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	DKG: bitte § 2 Abs. 3 S. 1 ergänzen: „(...), sofern es nach der individuellen Beeinträchtigung angezeigt ist und der Verbesserung der Lebensqualität nicht widerspricht.“	GKV-SV, KBV, PatV: bitte § 2 Abs. 3 S. 2 ergänzen: „(...), sofern es nach der individuellen Beeinträchtigung angezeigt ist und der Verbesserung der Lebensqualität nicht widerspricht.“

			<p>stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.</p>	<p>Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
			<p>in S. 2 o. 3 bitte ergänzen: (...) zu ergreifen, sofern es nach der individuellen Beeinträchtigung angezeigt ist und der Verbesserung der Lebensqualität nicht widerspricht.“</p>	<p>Das Wunsch- und Wahlrecht ist zu beachten. So kann sich z. B. das Tragen einer Beatmungsmaske als Ergebnis einer Dekanülierung negativ auf die Lebensqualität auswirken und deshalb nicht erwünscht sein. So ist z. B. die Bedienung eines Kommunikationsgerätes mittels Augensteuerung mit Maske schwierig, wenn nicht sogar unmöglich. Auch eine verbale Kommunikation ist mit Maske unmöglich, mit Trachealkanüle mit Sprechaufsatz aber ggf. noch möglich. Für Versicherte mit dauerhaft geschwächter Muskulatur kann die Beatmung außerdem mehr sein als eine medizinische Maßnahme. Sie kann Hilfsmittel sein, um lebensgefährdenden Lungenentzündungen vorzubeugen und nicht mit permanenter Atemnot leben zu müssen.</p>		

§ 2	Absatz 4						
§ 2	Absatz 5						
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege							
§ 3	Absatz 1						
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4</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 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</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>

			<p>gen 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 notwendig ist zur individuellen Kontrolle und</p>	<p>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</p>	<p>ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

			<p>Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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.</p>				
					<p>PatV: wird unterstützt mit folgenden Änderungen:</p>			<p>Es besteht die Gefahr, dass ein großer Teil der anspruchsberechtigten</p>

					<ul style="list-style-type: none"> - „geeigneten“ bitte streichen. - ergänzen: „(...) Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft bzw. eingearbeiteten Assistentenkraft (im Falle eines Persönlichen Budgets) (..)“ - „bei lebensbedrohlichen Situationen“ bitte streichen. - „täglich“ bitte streichen. - „sein kann“ bitte durch „ist“ ersetzen. 		<p>Versicherten ansonsten von der Intensivpflege ausgeschlossen werden, wie z. B. Wachkomapatient*innen, Personen mit starken Spastiken, Epileptiker*innen, sonstige Anfalls Kranke, MS-Patient*innen, Personen mit Gehirnblutungen oder Schlaganfall usw.</p> <p>Dies sind Krankheitsbilder, die zweifellos der Intensivpflege bedürfen, bei denen Beatmung jedoch nicht immer eine Rolle spielt.</p>
§ 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 im	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außer-klinischer 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 der Versorgung solange möglich, bis</p>	<p>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>		
--	--	--	--	--	--	--

			ein Platz zur Verfügung steht.			
§ 3	Absatz 3 bzw. 4		bitte zufügen: „(...) im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten und unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts (...) “		„Nichts über uns ohne uns!“	
§ 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.			
			PatV wird unterstützt			
§ 3	Absatz 5 bzw. 6		S. 1 bitte ergänzen: „(...) erhoben und dokumentiert, sofern eine Reduzierung oder Entwöhnung dem Wunsch der versicherten Person entspricht und ihre Lebensqualität dadurch verbessert werden kann “		<p>Das Tragen einer Beatmungsmaske über längere Zeit – als Alternative zur invasiven Beatmung – kann sich negativ auf die Lebensqualität auswirken und die soziale Teilhabe beeinträchtigen. So ist z. B. die Bedienung eines Kommunikationsgerätes mittels Augensteuerung mit Maske schwierig, wenn nicht sogar unmöglich. Auch eine verbale Kommunikation ist mit Maske unmöglich, mit Trachealkanüle mit Sprechaufsatz aber ggf. noch möglich.</p> <p>Für Versicherte mit dauerhaft geschwächter Muskulatur kann die Beatmung außerdem mehr sein als eine medizinische Maßnahme. Sie kann Hilfsmittel sein,</p>	

					um lebensgefährdenden Lungenentzündungen vorzubeugen und nicht mit permanenter Atemnot leben zu müssen.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			bitte „mindestens alle 6 Monate“ ersetzen durch: „ein- mal im Jahr“	<p>Die Wartezeiten für einen Termin zur ambulanten Überprüfung in einem Beatmungszentrum betragen oft Monate. Für Versicherte, die nicht oder nur mit erheblichem Aufwand transportfähig sind, ist jede Fahrt in ein Beatmungszentrum eine Tortur.</p> <p>Eine Überprüfung zweimal im Jahr ist den Versicherten aus diesen Gründen nicht zumutbar.</p> <p>Versorgungsengpässe oder Transportunfähigkeit darf für Versicherte nicht zu Nachteilen, insbesondere der Gefährdung der Weiterverordnung ihrer Versorgung, führen.</p>		
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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	KBV, GKV-SV, PatV	DKG					

				Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
			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 Jugend- medizin [.]	GKV-SV: 5. für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Übergangsphase zum Erwachsenenalter	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit	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.		
			wird unterstützt		§ 37c SGB V spricht von „Vertragsärzt*innen“, weshalb grundsätzlich Hausärzt*innen und Fachärzt*innen gleichermaßen gemeint sind. Diesen Kreis der Verordnungsberechtigten auf Fachärzt*innen	

					<p>zu begrenzen, würde gegen § 37c SGB V verstoßen.</p> <p>Auch ist die Einbeziehungen von Hausärzt*innen für die Notwendigkeit von Hausbesuchen unabdingbar, da Fachärzt*innen i.d.R. keine Hausbesuche machen. Der anspruchsberechtigte Personenkreis besteht auch aus Versicherten, die transportunfähig und deshalb auf Hausbesuche angewiesen sind.</p>	
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			
§ 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</p>			

			<p>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	<p>Bitte ergänzen: „(...) und Fachärzte oder durch sie behandelnde Hausärztinnen und Hausärzte“.</p>	<p>§ 37c SGB V spricht von „Vertragsärzt*innen“, weshalb grundsätzlich Hausärzt*innen und Fachärzt*innen gleichermaßen gemeint sind. Diesen Kreis der Verordnungsberechtigten auf Fachärzt*innen zu begrenzen, würde gegen § 37c SGB V verstoßen.</p> <p>Auch ist die Einbeziehungen von Hausärzt*innen für die Notwendigkeit von Hausbesuchen unabdingbar, da Fachärzt*innen i.d.R. keine Hausbesuche machen. Der anspruchsberechtigte Personenkreis besteht auch aus Versicherten, die transportunfähig und deshalb auf Hausbesuche angewiesen sind.</p>
§ 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,	
			Bitte hinzufügen: 5. Hausärztinnen und Hausärzte, in deren fortgesetzter Behandlung sich der oder die Versicherte befindet.	§ 37c SGB V spricht von „Vertragsärzt*innen“, weshalb grundsätzlich Hausärzt*innen und Fachärzt*innen gleichermaßen gemeint sind. Diesen Kreis der Verordnungsberechtigten auf Fachärzt*innen zu begrenzen, würde gegen § 37c SGB V verstoßen. Auch ist die Einbeziehungen von Hausärzt*innen für die Notwendigkeit von Hausbesuchen unabdingbar, da Fachärzt*innen i.d.R. keine Hausbesuche machen. Der anspruchsberechtigte Personenkreis besteht auch aus Versicherten, die transportunfähig und deshalb auf Hausbesuche angewiesen sind.
GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung	GKV-SV	KBV, DKG, PatV	

			spezialisierten Beatmungs-entwöhnungs-Einheit	nung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungs-entwöhnungs-Einheit [.]		
			PatV zusätzlich: , 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>
			<p>Wird unterstützt. Bitte S.1 ergänzen: „(...) im Internet, unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der Gesundheitsportale.“</p>		<p>Nicht alle Versicherten sind in der Lage, im Internet zu recherchieren. Die An- und Zugehörigen sind ggf. überfordert.</p>	

			Bitte S. 3 hinzufügen: „Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Versicherten schriftlich auf diese Listen hinzuweisen und sie ihnen bei Bedarf zugänglich zu machen.“			
§ 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	
			<p>PatV wird unterstützt. Bitte hinzufügen bei Nr. 2 in der Klammer: „Behandlungsplan“. Unter Nr. 4 bitte streichen: „bzw. der An- und Zugehörigen“. Bitte hinzufügen: „5. Hinweis auf das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V.“</p>	<p>Nicht die An- und Zugehörigen sind mitwirkungsbe- rechtigt, sondern allein die oder der Versicherte („Nichts über uns ohne uns!“). Sind An- oder Zugehörige durch die oder den Versicherten oder gerichtlich bevollmächtigt worden, handeln sie sowieso für die oder den Versicherten.</p>
§ 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.			
			wird unterstützt, mit Ergänzung: „(...) Entwicklungsstand vorliegt und bei Erwachsenen , kann (...)“	Auch bei Erwachsenen ist es sinnvoll, eine Verordnung, die einem aufwendigen Verfahren gerecht werden muss (§§ 3, 5), für 1 Jahr, statt 6 Monate, auszustellen, sofern kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist (z. B. Wachkomapatient*innen usw.).		
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3		<p>Bitte hinzufügen:</p> <p>Satz 1 NEU: „Die Krankenkassen sind im Falle von bereits laufenden Folgeverordnungen verpflichtet, die Versicherten 4 Monate vor Ablauf der aktuellen Verordnung schriftlich auf die Notwendigkeit einer Folgeverordnung hinzuweisen.“</p> <p>Satz 3 NEU: „Kann die Frist nicht eingehalten werden, gilt die alte Verordnung weiter, bis die neue vorgelegt wird.“</p>	<p>Die Versicherten und ihre Familien, aber auch die behandelnden Ärzt*innen sind regelmäßig überfordert bzw. überlastet, weshalb das Besorgen/Ausstellen einer Folgeverordnung leicht versäumt wird. Dies darf nicht zum Nachteil für die Versicherten werden, da ihnen die Überforderung nicht vorzuwerfen ist. Die Versicherten haben Anspruch auf Unterstützung durch ihre Krankenkassen, weshalb ein schriftlicher Hinweis erfolgen soll.</p> <p>Wegen der Überlastung der Ärzt*innen, terminlicher Engpässe oder sonstiger unvorhersehbarer Ereignisse muss sichergestellt sein, dass die Versorgung mit Intensivpflege nicht aufgrund fehlender Finanzierung unterbrochen wird.</p>		
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						

§ 7	Absatz 1	bitte streichen: „sieben Kalendertagen“ und ersetzen durch: „ 3 Monaten “	<p>Das Verfahren für die Verordnung ambulanter Intensivpflege ist sehr aufwendig und es müssen hierfür spezielle Vertragsärzt*innen mit terminlichen Kapazitäten gefunden werden. Eine Frist von 7 Tagen ist deshalb nicht umsetzbar. Zu beachten ist auch der erhebliche Umfang an Organisationsbedarf bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus mit anschließender erstmaliger häuslicher Intensivpflegeversorgung, weshalb die Versicherten hier mehr Zeit benötigen.</p> <p>Da die Verordnung im Krankenhaus durch eine Spezialistin oder einen Spezialisten gemäß § 4 RL erfolgt, gibt es zudem keinen Grund, weshalb sie kürzer gültig sein sollte, als eine sonstige (Folge)Verordnung.</p>
§ 7	Absatz 2		
§ 7	Absatz 3		
§ 7	Abs 3	Satz 2	<p>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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.</p>
§ 7	Absatz 4		

§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
				wird unterstützt		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <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</p>	<p>DKG:</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</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	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		
§ 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		In S. 2 (!) bitte ergänzen: „Um die Planung einer diesbezüglich nahtlosen (...) teilt der Leistungserbringer nach § 132I SGB V die oder der Versicherte dem Krankenhaus (...) “ In S. 2 (!) bitte streichen: „unaufgefordert“		Im Falle eines Persönlichen Budgets gibt es keinen Leistungserbringer nach § 132I SGBV. Da Versicherte über kein professionelles Spezialwissen die Abläufe betreffend verfügen, sind sie durch das Krankenhaus ggf. zur Vorlage der Verordnung aufzufordern.	
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			in § 7 Abs. 5 S. 3 bitte hinzufügen: „(...) für erforderlich, wird nach Absprache mit der oder dem Versicherten		Das Wunsch- und Wahlrecht muss gewährleistet sein. „Nichts über uns ohne uns!“	

			eine Verordnung (...) ausgestellt, sofern die oder der Versicherte zugestimmt hat. "		
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen		
			in § 7 Abs. 5 S. 5 bitte hinzufügen: „Andernfalls teilt das Khs in Absprache mit der oder dem Versicherten und vorbehaltlich ihrer oder seiner Zustimmung der Verordnerin (...)“	„Nichts über uns ohne uns!“	
§ 7	Absatz 6		in § 7 Abs. 6 bitte hinzufügen: „(...) den behandelnden Vertragsarzt in Absprache mit der oder dem Versicherten und vorbehaltlich ihrer oder seiner Zustimmung über die (...)“	„Nichts über uns ohne uns!“	
§ 7	Absatz 7				
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege					
§ 8	Absatz 1		Bitte streiche: „bedürfen der Genehmigung“. Bitte hinzufügen: „(...) beantragten Leistungen sind bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen (§ 37c Abs. 1	§ 37c SGB V regelt keinen Genehmigungsvorbehalt und der G-BA ist aufgrund des Parlamentsvorbehalts nicht befugt, Regelungen zu treffen, die über § 37c SGB V hinausgehen. Die Formulierung „Genehmigung“ ist	

		<p>SGB V) und Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort (37c Abs. 2 S. 3 SGB V) durch die Krankenkasse zu erbringen. Dabei wird berechtigten Wünschen der Versicherten entsprochen (§ 37 Abs 2 S. 2 SGB V)“</p>	<p>missverständlich. Denn es geht gerade nicht darum, einen Bewilligungsbescheid zu erlassen, der ggf. ein dreimonatiges Widerspruchs- und jahrelanges Klageverfahren nach sich zieht.</p> <p>Alternativ könnte in § 8 Abs. 1 auch die Formulierung aus den Tragenden Gründen übernommen werden: „Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sind durch die Krankenkasse zu bewilligen.“</p>
§ 8	Absatz 2	S. 2 bitte streichen	<p>Auch diese Regelung ist missverständlich.</p> <p>Es ist gesetzlich gerade nicht vorgesehen, dass die Krankenkasse die verordneten Leistungen genehmigt (s.o.). Die Krankenkasse ist lediglich verpflichtet, durch den MD festzustellen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung sichergestellt werden kann.</p> <p>Eine Versagung der Leistung auf der Grundlage einer Feststellung des MD, dessen Mitarbeitende i.d.R. nicht i.S.d. § 4 qualifiziert sind, würde dem Gesetzesziel zuwiderlaufen.</p> <p>So kann es hier höchstens um die Versagung der Leistung in einem Fall gemäß § 37c Abs. 2 S. 9 SGB V gehen, wo die Leistung für Orte i.S.d. § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 3. oder Nr. 4 SGB V versagt und die Versicherten auf Orte i.S.d. § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 1. oder Nr. 2 SGB V verwiesen werden können.</p>

§ 8	Absatz 3		<p>Bitte in S. 1 streichen: „Entscheidung über die Genehmigung“.</p> <p>Bitte in S. 1 ändern: „Die Krankenkasse übernimmt bis zur Beendigung des Feststellungsverfahrens die Kosten (...) verordneten und im Rahmen eines Persönlichen Budgets oder vom Leistungserbringer (...) Verträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V oder in den Leistungs- und Arbeitsverträgen im Rahmen eines Persönlichen Budgets vereinbarten Vergütung, wenn (...).“</p> <p>Bitte S. 2 NEU zufügen: „In Absprache und mit Zustimmung der Versicherten kann die Verordnung von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt direkt an die Krankenkasse übermittelt werden.“</p>		<p>§ 37c SGB V regelt keinen Genehmigungsvorbehalt und der G-BA ist aufgrund des Parlamentsvorbehalts nicht befugt, Regelungen zu treffen, die über § 37c SGB V hinausgehen. Die Formulierung „Genehmigung“ ist missverständlich. Denn es geht gerade nicht darum, einen Bewilligungsbescheid zu erlassen, der ggf. ein dreimonatiges Widerspruchs- und jahrelanges Klageverfahren nach sich zieht (siehe auch weiter oben).</p> <p>Das Persönliche Budget ist in allen Regelungen mitzudenken.</p> <p>Eine schnelle Übermittlung von Ärzt*in zu Krankenkasse ist sinnvoll, jedoch nur mit Zustimmung der Versicherten statthaft.</p>	
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			wird unterstützt			
§ 8	Absatz 4		<p>Bitte streichen: „und bei Vorliegen der Genehmigung gemäß § 8 an diese“</p> <p>Bitte zufügen: „(...), die außerklinische Intensivpflege</p>		<p>§ 37c SGB V regelt keinen Genehmigungsvorbehalt und der G-BA ist aufgrund des Parlamentsvorbehalts nicht befugt, Regelungen zu treffen, die über § 37c</p>	

		als Sachleistung oder im Rahmen eines Persönlichen Budgets durchführen, (...)“		<p>SGB V hinausgehen. Die Formulierung „Genehmigung“ ist missverständlich. Denn es geht gerade nicht darum, einen Bewilligungsbescheid zu erlassen, der ggf. ein dreimonatiges Widerspruchs- und jahrelanges Klageverfahren nach sich zieht (siehe auch weiter oben).</p> <p>Das Persönliche Budget ist mitzudenken.</p>	
§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege					
§ 9	Absatz 1	In S. 1 bitte streichen und zufügen: „durch eine geeignete Pflegefachkraft bzw. Assistenzkraft (Im Fall eines Persönlichen Budgets) über den (...)“		<p>Auf lange Sicht sind nicht ausreichend Pflegefachkräfte auf dem Markt, weshalb die außerklinische Intensivpflege insgesamt gefährdet oder undurchführbar ist, wenn die förmliche Qualifikation eine Voraussetzung ist (siehe auch weiter oben).</p>	

§ 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.	
			PatV wird unterstützt (S. 2) Bitte in S. 2 oder 3 bitte streichen und zufügen: „(...) sind diese Leistungen durch die geeignete Pflegefachkraft gemäß Absatz 6 bzw. im Persönlichen Budget durch die Assistenzkraft zu erbringen.“	Auf lange Sicht sind nicht ausreichend Pflegefachkräfte auf dem Markt, weshalb die außerklinische Intensivpflege insgesamt gefährdet oder undurchführbar ist, wenn die förmliche Qualifikation eine Voraussetzung ist (siehe auch weiter oben).
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4			
§ 9	Absatz 5			
			PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern	

§ 9	Abs. 5	Satz 1	<p>wird unterstützt. Bitte S. 2 ergänzen: „(...) Infrastruktur notwendig, die in baulicher Hinsicht die Vorgaben zum rollstuhlgerechten Bauen nach DIN 18040 sowie die Regelungen der Landesbauordnungen erfüllt.“</p> <p>Bitte einen neuen S. 4 hinzufügen: „Räumlichkeiten nach § 37c Abs. 2 Nr. 4 SGBV sind von dieser Regelung nicht betroffen.“</p>		<p>Gerade in Wohngemeinschaften sind die Räumlichkeiten oft nicht <u>rollstuhlgerecht</u> i.S. d. DIN 18040 – was nicht mit „Barrierefreiheit“ gleichzusetzen ist. Künftig sollten insbesondere Wohngemeinschaften der DIN 18040 sowie den Regelungen der Landesbauordnungen entsprechen. Die Wohngemeinschaften müssen rollstuhlgerecht erreichbar sein, um die Erreichbarkeit der Räume für die Versicherten sowie die Mobilität der Versicherten sicherzustellen.</p> <p>Der zusätzliche S. 4 ist zur Klarstellung sinnvoll.</p>	
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG: ¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die An- und Zugehörigen</p>	<p>PatV: ¹Im 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. ²Der ärztlich verordnete Leistungsumfang wird durch die Beteiligung der An- und Zugehörigen</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>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>nicht reduziert, um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem 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>		
			<p>wird mit folgenden Änderungen unterstützt:</p> <p>S. 3: „(...) Intensivpflege sind in Absprache mit und unter Vorbehalt der Zustimmung der oder des Versicherten die An- und Zugehörigen (...)“</p>	<p>wird mit folgenden Änderungen unterstützt:</p> <p>„(...) Intensivpflege ist in Absprache mit und unter Vorbehalt der Zustimmung der oder des Versicherten die Beteiligung der An- und Zugehörigen (...)“</p>	<p>Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist zu gewährleisten und ihr Anspruch auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets zu berücksichtigen.</p>	<p>Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist zu gewährleisten und ihr Anspruch auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets zu berücksichtigen.</p> <p>Aus Gründen der Planungssicherheit und vertraglichen Bindung dürfte</p>

			<p>S. 4 neu: „Dies gilt nicht, sofern außerklinische Intensivpflege durch selbstbeschaffte Assistenzkräfte im Rahmen eines Persönlichen Budgets sichergestellt wird.“</p>	<p>S. 3 bitte streichen und ersetzen durch: „Dies gilt nicht, sofern außerklinische Intensivpflege durch selbstbeschaffte Assistenzkräfte im Rahmen eines Persönlichen Budgets sichergestellt wird.“</p>	<p>diese Regelung nicht umsetzbar sein. Weder Intensivpflegedienste noch Assistenzkräfte stehen unentgeltlich auf Abruf bereit, sondern planen ihre Einsatzzeiten verbindlich. Wenn außerklinische Intensivpflege also im ärztlich verordneten Umfang erbracht wird, muss dieser Umfang auch vergütet werden, unabhängig von ggf. möglichen und gewünschten Einsätzen von An- und Zugehörigen.</p>
§ 9	Absatz 7	bitte streichen			<p>„Nichts über uns ohne uns!“ Der Leistungserbringer ist nicht befugt, ohne Einverständnis der Versicherten mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu kommunizieren. Zudem ist diese Regelung entbehrlich, weil in § 6 Abs. 2 S. 3 bereits geregelt ist, dass die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt den Zustand der Versicherten von sich aus überprüft und nach Rücksprache</p>

					und mit Einverständnis der oder des Versicherten mit der Krankenkasse kommuniziert.	
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			wird mit folgendem Zusatz unterstützt: „(...) dem individuellen Bedarf und unter Beteiligung der oder des Versicherten sowie der von ihr oder ihm gewünschten hinzugezogenen Personen , Teambesprechungen (...)“		Insbesondere bei Versicherten, die sich nur mit unterstützter Kommunikation äußern können, ist die Hinzuziehung von Vertrauenspersonen und z. B. vertrauten Assistenzkräften unerlässlich, um eine Beteiligung überhaupt zu ermöglichen. „Nichts über uns ohne uns!“	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			bitte streichen		Nicht die An- und Zugehörigen sind mitwirkungsbe-rechtigt, sondern allein die oder der Versicherte („Nichts über uns ohne uns!“). Sind An- oder Zugehörige durch die oder den Versicherten oder gerichtlich bevollmächtigt worden, handeln sie sowieso für die oder den Versicherten.	
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu		GKV-SV: sind verpflichtend	
			wird unterstützt			
§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		ist bitte zu streichen		<p>„Nichts über uns ohne uns!“ Der Leistungserbringer ist nicht befugt, ohne Einverständnis der Versicherten mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu kommunizieren. Zudem ist diese Regelung entbehrlich, weil in § 6 Abs. 2 S. 3 bereits geregelt ist, 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.</p>	
§ 10	Absatz 4 bzw. 5		ist bitte zu streichen		<p>„Nichts über uns ohne uns!“ Der Leistungserbringer ist nicht befugt, ohne Einverständnis der Versicherten mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu kommunizieren. Zudem ist diese Regelung entbehrlich, weil in § 6 Abs. 2 S. 3 bereits geregelt ist, 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.</p>	
§ 10	Abs. 4 bzw. 5	Satz 2	GKV-SV, DKG: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			nende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6		ist bitte zu streichen		<p>„Nichts über uns ohne uns!“</p> <p>Der Leistungserbringer sowie die An- und Zugehörigen sind nicht befugt, ohne Einverständnis der Versicherten mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu kommunizieren. Zudem ist diese Regelung entbehrlich, weil in § 6 Abs. 2 S. 3 bereits geregelt ist, dass die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt den Zustand der Versicherten von sich aus</p>	

					überprüft und nach Rücksprache und mit Einverständnis der oder des Versicherten mit der Krankenkasse kommuniziert.	
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugs-	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>pflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>		
			bitte streichen	bitte streichen	„Nichts über und ohne uns!“	„Nichts über und ohne uns!“
§ 10	Absatz 7 bzw. 8	<p>§ 10 Abs. 6 bzw. 7 (!): bitte folgendermaßen streichen und ändern: „(...) verordnende Vertragsarzt informiert den Leistungserbringer nach § 132 SGB V die oder den Versicherten über neue pflege-relevante Befunde, die der oder die Versicherte an den Leistungserbringer bzw. die Assistenzkräfte weiterleitet.“</p>			„Nichts über und ohne uns!“	
			KBV, PatV:	DKG, GKV-SV:	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

§ 10	Abs. 7 bzw. 8		¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
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.			siehe Vorbemerkung zur Stellungnahme des ALS-mobil e. V.			



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.

			Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.	
			23.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ 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: /Pflegerkräfte	
			Die Pflegefachkräfte sind grundsätzlich qualifiziert, zudem müssen sie im jeweiligen Fachbereich ständig die erforderlichen Fortbildungen absolvieren.	Auch Heilerziehungspfleger, mit der Fortbildung erweiterte Behandlungspflege, sind als Pflegefachkräfte anerkannt. Nicht alle Arbeiten in der Grundpflege sind von spezialisierten Pflegefachkräften auszuführen. Dies

				kann auch von Pflegekräften durchgeführt werden. Dies gilt für stationär UND ambulant
§ 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.	
§ 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). 	

§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>Die zu erbringenden Leistungen sind, bezogen auf die Räumlichkeiten, zu prüfen (Heimaufsicht, MDK). Den Patienten ist, bezogen auf die Teilhabe, unbedingt auch der Zugang und Aufenthalt im Freien zu ermöglichen (Standard der Heimmindestbauverordnung). Es muss auch ein Therapie- und Förderraum vorhanden und überprüft genutzt sein.</p> <p>Bei Abwesenheit des Patienten ist die Vergütung (ambulant, stationär, zuhause) voll bzw. ab dem 5. Tag der Abwesenheit mit 75 % wie bisher im stationären Bereich weiter zu leisten, da meist nicht absehbar ist, wie lange der Patient weg sein muss und das Bett freizuhalten ist. Dies ist auch aus der Sicht der Weaning-Versuche erforderlich.</p> <p>Die Versorgung sollte nach Möglichkeit auch angehörigennah sein, ohne den Qualitätsstandard und die Reha-Chancen zu vernachlässigen.</p> <p>Den berechtigten (mutmaßlichen) Wünschen der Versicherten (z.B. bei Koma, Wachkoma) sollte entsprochen werden, dabei sind besonders die betreuenden Angehörigen mit einzubeziehen. Die Angehörigen sind die</p>	

			Stimme des bewusstseinsgetrübten Patienten. Sie müssen gehört werden.	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2		Therapieziele: Zur Sicherstellung der Teilhabe und um diese zu ermöglichen, müssen besonders bei den beeinträchtigten Patienten (der Hauptgruppe) die Wahrnehmung, Kommunikation, Grob- und Feinmotorik, Kompetenzgewinnung, Merkfähigkeit, Konzentration und die Erschließung der Alltagskompetenzen wiederhergestellt oder verbessert werden.	

§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 2	Absatz 4		<p>Ergänzung: ... leitet der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin in Abstimmung mit der/dem Versicherten</p>			

		<p>ODER deren betreuenden Familien und dem Betreuer ...</p> <p>Aktuell gibt es in der BRD fast keine Weaning Spezial-einrichtungen. Diese Aufgabe hatten bisher (trotz zu geringer Honorierung der Kassen) die Kliniken der Rehasstufe B der Neurologischen Rehabilitation/Frühreha, geleistet. Dieses jahrzehntelange Fachwissen der Rehakliniken gilt es anzuerkennen und verstärkt zu fördern. Teilweise wurde dies auch in Spezial-einrichtungen Phase F geleistet. Darauf gilt es zurückzugreifen, ansonsten wird es Jahre dauern, bis Spezial-einrichtungen stehen.</p>	
§ 2	Absatz 5	<p>Im Sinne der Teilhabe muss bewusst ein „zweiter Lebensraum“ für diese außerklinischen Patienten in Schulen, Kitas, Tagesförderstätten etc. angeboten werden.</p> <p>Es darf nicht sein, dass Betroffene ohne jegliche soziale Kontakte und Teilhabemöglichkeiten nur täglich auf ihren Zimmern (meist nur) gepflegt werden.</p>	
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege			
§ 3	Absatz 1	<p>Alle Versicherte mit dem schwersten neurologischen Krankheitsbild „Apallisches Durchgangs-Syndrom“, genannt Koma/Wachkoma, haben einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege und</p>	<p>Anmerkung zu § 3 insgesamt: Hier wird überwiegend nicht auf die Haupt-Betroffenen-Gruppe der Neurologischen Schwerstpatienten im „Apallischen Durchgangs-</p>

		<p>damit außerklinischer Intensivpflege. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Versicherte mit Tracheostoma noch versehen ist oder dies abtrainiert oder verschlossen ist. Deshalb kann bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen in keinem Fall auf das Vorhandensein abgestellt werden.</p> <p>Gerade für diese neurologisch schwerstbetroffenen Patienten ist ein überproportional hoher gesamtpflegerischer und therapeutischer <u>krankheitsbedingter</u> Versorgungsaufwand mit zusätzlich ständigem hohem Interventions- und Eingriffsbedarf gegeben.</p> <p>Täglich ist zu streichen!</p> <p>Die besonders überwiegend betroffene Gruppe der neurologischen Schwerstpatienten (die Hauptgruppe) ist zu benennen.</p> <p>Diese Schwerstpatienten bedürfen dauerhaft einer Behandlung zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und Besserung.</p> <p>Sie haben auch weiterhin massive Schluckstörungen und eine Husteninsuffizienz teils mit lebensbedrohlichen Funktionsbeeinträchtigungen.</p>	<p>syndrom“ (Koma/Wachkoma) eingegangen. Diese haben überwiegend kein Tracheostoma mehr und sind in ihren speziellen Bedürfnissen zu berücksichtigen.</p> <p>Im Übrigen bleibt es dabei, dass Versicherte ohne Tracheostoma und Trachealkanüle einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben.</p>					
§ 3	Abs. 1		DKG:	GKV-SV, KBV:	PatV:	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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 in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer</p>	<p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 Ein-</p>	<p>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 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</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			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.	satz 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.	eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2	Der Verschluss des Tracheostomas ermöglicht eine wesentlich verbesserte Therapiearbeit mit Linderung der						

		<p>Spastik, Verbesserung des Allgemeinzustandes und der Lebensqualität.</p> <p>Die in diesem Zusammenhang von der GKV erstellten Forderung, bei Dekanülierungspotential keine außerklinische Intensivpflege zu verordnen führt zu einer völlig fehlenden Versorgung, da es derzeit fast keine Entwöhnungskapazitäten gibt. Dies ist schon deshalb abzulehnen, da es völlig unrealistisch ist und dem aktuellen Versorgungsstand überhaupt nicht gerecht wird.</p>			
§ 3	Absatz 3				
§ 3	Abs. 3	<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 Versi-</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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 Versi-</p>	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>cherten 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>cherten 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>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3		Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			

	Abs. 4 bzw. 5					
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 3	Absatz 6 bzw. 7					
§ 3		Satz 1	PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG:	PatV	KBV, GKV-SV, DKG

Abs. 6 bzw. 7			sind insbesondere [...] zu erheben			
	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 Aspirationsscreening 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ul style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

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

			<p>2. für Innere Medizin und Kardiologie, 3. für Anästhesiologie, 4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, 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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>			
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>			
			<p>GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit</p>	<p>GKV-SV</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>

			jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
§ 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</p>			

			richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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		<p>Wir befürworten ausdrücklich und bitten sehr die Hausärzte und Kinderärzte sowie Fachärzte mit entsprechender Erfahrung (1-2 Jahre) außerklinische Intensivpflege verordnen zu lassen, da diese gerade in den ländlichen Regionen auch die häusliche Versorgung für die neurologischen Wachkoma-Patienten bisher sicherstellten und ohnehin seit Jahren und Jahrzehnten meist völlig alleine die Versorgung gewährleisteten.</p> <p>Sie nun ausschließen zu wollen wäre höchst undankbar, realitätsfremd und würde die weitere Versorgung in den ländlichen Regionen voll gefährden.</p>	
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			

§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.]	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	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			2 oder 3 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.	selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung 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 § 132l 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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch	GKV-SV, KBV	DKG

			die Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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,			
			Zusätzlich: zu 6. ...auch Pulsoximeter zu 8. [bzw. 10]: Leistungsinhalte Notfallmaßnahmen für neurologische Schwerstpatienten: Pulsoximeter mit Alarm Sauerstoffgerät Hustenassistent oder Rüttelweste Inhalator Absauggerät mit Zubehör für orales Absaugen			
§ 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.			
§ 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					
§ 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 er-	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege in dem nach §	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>brachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

	Abs. 1 bzw. 2					
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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:
<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>	<p>Die Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F (BAG Phase F) ist vor langer Zeit aus unserem Selbsthilfeverband entstanden. Die überwiegende Zahl der Phase-F-Facheinrichtungen ist zudem Mitglied in unserem Selbsthilfeverband.</p> <p>Die sehr gute und detaillierte Ausarbeitung und Stellungnahme der BAG Phase F wird deshalb von uns mitgetragen und befürwortet. Diese Pflegefacheinrichtungen der Rehabilitationsstufe Phase F (Neurologisches Phasenmodell) haben den gebündelten und jahrzehntelang erfahrenen Sach- und Fachverstand aus der Praxis. Darauf können Sie sich verlassen.</p> <p>Alleine die Facheinrichtungen der einzelnen Rehabilitationsphasen waren es, die sich um die Schwerstbetroffenen-Gruppe der Neurologischen Patienten bisher gekümmert hatten.</p> <p>Dies ist auch die Hauptbetroffenengruppe des G-BA Beschlussentwurfes vom 23.06.2021, deshalb muss besonders diese Hauptbetroffenengruppe auch erwähnt werden und mehr auf ihre speziellen Bedürfnisse eingegangen werden.</p> <p>Wir haben in den zwischenzeitlich über 30 Jahren weit über 100.000 Familien mit neurologischen Schwerstkranken in Deutschland geholfen, sie über Jahre begleitet und teilweise auch alle Formalitäten und angefragten Hilfen erledigt.</p> <p>Somit sind wir im Bereich aller Selbsthilfeverbände seit über 30 Jahren mit hauptamtlichem Personal tätig und für alle Ministerien und Behörden die „Drehscheibe“ zu allen anstehenden Themen und Fragen rund um das</p>			

schwerste neurologische Krankheitsbild der Stufenkrankheit „Apallisches Durchgangssyndrom“, Koma und Wachkoma.

Wir danken Ihnen und sind jederzeit für Gespräche und Besprechungen bereit.

Armin Nentwig, Bundesvorsitzender seit 30 Jahren,
selbstbetroffener Vater,
Leiter der bundesweiten Notrufzentrale seit 30 Jahren
MdL a.D., Altlandrat

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.

			Deutsches Rotes Kreuz e.V.		
			23.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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		
§ 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.		

§ 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>Die Position von KBV/DKG/GKV-SV wird unterstützt. Jedoch bedarf es aus Sicht des DRK der Streichung von „regelmäßig wiederkehrend“ in Nummer 2.</p> <p>Die Formulierung „regelmäßig wiederkehrend“ schränkt die gesetzlich verbrieft Freizügigkeit der Leistungsempfänger (vgl. §11 Abs.1 GG) unzulässig ein.</p> <p>Die Einschränkung liegt vor, wenn eine Leistung untergesetzlich verweigert wird, die Voraussetzung für eine Inanspruchnahme der Freizügigkeit wäre.</p>

				Es ist ausreichend über die Prüfung eines geeigneten Ortes Einschränkungen für die Leistungserbringung vornehmen zu können.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
			Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt.	<p>Das DRK verweist auf seine Positionierung in seiner HKP-Stellungnahme, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstverordnungen 12 Monate

					<ul style="list-style-type: none"> • und Folgeverordnungen bis zu einem Versorgungszeitraum 24 Monate nach Inkrafttreten der AKI-RL ausschließlich nach den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V erfolgen. 	
§ 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	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	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.	Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
			Die Position GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt. Aus Sicht des DRK bedarf die Position jedoch einer Ergänzung von Satz 1.		Ergänzung von Satz 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, sofern die Erkrankungen des Versicherten eine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung ihrer Funktionsstörungen durch diese Maßnahmen haben. “	
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denenin 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</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

				bestimmt werden können.				
			Das DRK unterstützt die Position der DKG.			<p>Akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention können zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten.</p> <p>Dies geschieht mit hoher Wahrscheinlichkeit, aber nicht unbedingt im täglichen Rhythmus.</p> <p>Ein Leistungsausschluss für alle Versicherten, deren akute gesundheits- oder lebensgefährdende</p>		

						Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention nicht im täglichen Rhythmus geschieht wäre fachlich, wie ethisch-moralisch schwer begründbar.		
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ²Stattdessen leitet die</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>		<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>	

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
				Die Position des PatV wird unterstützt.		
§ 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.			
					Das DRK befürwortet den Textergänzungsvorschlag der PatV als sachgerechte und bürokratiearme Lösung.	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
			Das DRK stimmt der For- mulierung von GKV-SV, KBV zu.		Der Begriff „Potenzial“ um- fasst die „Gesamtheit aller vorhandenen, verfügbaren Mittel, Möglichkeiten, Fä- higkeiten, Energien“ und ist damit umfassender.	
§ 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.			
			Die Position von GKV-SV/KBV/DKG wird abgelehnt.	Das DRK begrüßt das Anliegen regelmäßig das Verbes- serungspotenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle zu prüfen. Der Gesetzgeber hat vorgegeben, dass das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit <u>mit jeder AKI-Ver- ordnung</u> zu erheben sind. Dass eine Verordnung eine Laufzeit von 6 Monaten haben muss, hat der Gesetzge- ber nicht gesagt.		

				<p>Die Formulierung von GKV-SV/KBV/DKG ist daher überflüssig.</p> <p>Auch gibt es Versichertengruppen (z.B. Menschen im Wachkoma mit einem jahrelangen Krankheitsverlauf ohne Dekanülierungspotenzial oder bei bereits verschlossenem Tracheostoma ohne Entwicklungspotenzial bei weiterhin bestehender Schluckstörung) für die eine Erhebung nicht notwendig wäre.</p>		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>			
			Der Vorschlag der PATV wird abgelehnt.		Es wird auf die DRK-Position zu §3 Abs. 5/6 Satz 5 verwiesen.	
§ 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
			Die Position der PatV wird unterstützt.			
§ 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).			
			Die Position von DKG, KBV, PatV wird unterstützt.			
§ 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.			
					Das DRK bittet um Hinzufügung von „sofern vorhanden“ nach „Sitz der Trachealkanüle“.	Nicht alle Versicherte, die AKI-Leistungen erhalten haben eine Trachealkanüle.
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			Der Vorschlag von KBV/PatV/DKG wird unterstützt.		Kinder- und Jugendärzte sind Teil der hausärztlichen Versorgung, insofern kommt ihnen bei der Verordnung von AKI eine Schlüsselrolle zu.	
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 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.		
			Der Vorschlag von KBV/PatV/DKG wird unterstützt.		Wichtig ist, dass die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte AKI verordnen können. Sie kennen den Lebenskontext ihrer Patientinnen und Patienten. Die Wichtigkeit der	

					<p>Einbeziehung der Hausärzte wurde in den Tragenden Gründen von KBV, PatV und DKG ausführlich dargelegt.</p> <p>Die vom GKV-SV vorgeschlagenen zusätzlichen Qualifizierungen schränken den Zugang zur notwendigen Leistung unnötiger Weise ein.</p>	
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			
			<p>Das DRK spricht sich gegen die Position des GKV-SV aus.</p>	<p>Mit dem GKV-SV-Vorschlag wird eine zusätzliche Hürde aufgebaut, die zur Verringerung von AKI-Verordnern führen würde. Da die Anzahl der Ärzte, die AKI-Patienten über einen langen Zeitraum begleiten wollen/können bereits jetzt begrenzt ist, wäre bei Umsetzung des GKV-SV-Vorschlags mit zusätzlichen regionalen Versorgungslücken zu rechnen.</p>		
§ 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> <p>Das DRK spricht sich für die Aufnahme der Formulierung aus.</p>	<p>Das DRK spricht sich für die Aufnahme der Formulierung aus. Insbesondere über das sich derzeit entwickelnde telemedizinische Konsil kann der Kreis der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte qualitätsgesichert erweitert werden.</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,			
			Der Vorschlag von KBV/PatV/DKG wird unterstützt.			
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
			Der Vorschlag von KBV/PatV/DKG wird unterstützt.			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
				Die Position von KBV/DKG/PatV wird unterstützt.		Das DRK hält eine 18 monatige Tätigkeit für fachlich angemessen. Die Voraussetzung auf 36 Monate festzusetzen würde in der Praxis nach in Kraft treten der Richtlinie zu

						Versorgungsengpässen führen.
			<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. 			
§ 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>			
			Die Position von DKG/KBV/PatV wird unterstützt.			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4		Satz 1	PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche	KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der	PatV, GKV-SV	KBV

	Abs. 4 bzw. 5		<p>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>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>		
			<p>Die Position von PatV, GKV-SV wird unterstützt.</p>		<p>Das DRK befürwortet eine detaillierte Anforderung an die zu veröffentlichten Informationen, um Interessenten eine sichere Informationsbasis zu bieten. Der Vorschlag der KBV ist im Vergleich zu unkonkret.</p>	
§ 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.
			<p>Der Vorschlag der GKV-SV wird abgelehnt.</p> <p>Die Erstverordnung AKI erfolgt i.d.R. über das Krankenhaus. Die Information und Einbeziehung der zuständigen Krankenkassen im Rahmen des Entlassmanagements ist in § 7 der AKI-RL geregelt.</p> <p>Warum Folgeverordnungen unverzüglich zu übermitteln sein sollten, erschließt sich nicht.</p>
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)
			Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt.
			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
			Dem Vorschlag von KBV, GKV-SV und PatV wird zugestimmt.
§ 5	Absatz 2		
			GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren

§ 5	Abs. 2	Satz 2	Dem Vorschlag der GKV-SV, PatV wird zugestimmt.	Eine Dokumentation dient der Ergebnissicherung und Nachvollziehbarkeit für alle an der Versorgung Beteiligten sowie für die betroffenen Versicherten bzw. ihre Vertreter.
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			Der Vorschlag der GKV-SV wird abgelehnt.	
§ 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		Die Befristung der Erstverordnung auf bis zu fünf Wochen ist zu kurz bemessen und abzulehnen.	Die Erfahrungswerte der Praxis mit der außerklinischen Intensivpflege haben gezeigt, dass drei Monate realistisch wären.

					Durch die Befristung auf bis zu fünf Wochen können Versorgungslücken entstehen, insbesondere wenn Krankenkassen Folgeverordnungen ablehnen.
§ 6	Absatz 2				
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p> <p>Der Vorschlag der PatV wird unterstützt.</p> <p>Der Vorschlag ist zu ergänzen um den Satz: „Die Folgeverordnung soll auch dann für längstens 12 Monate ausgestellt werden können, wenn bei erwachsenen Versicherten kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist und kein Verbesserungspotenzial besteht“.</p>		<p>Die Ausstellung einer eine Folgeverordnung für längstens 12 Monate wenn kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist, ist sachgerecht. Insbesondere, weil kein Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung erhoben werden muss.</p> <p>Ein nicht absehbares Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial kann nicht nur bei Kindern/Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen auftreten. Diese Fälle sind daher gleich zu behandeln.</p>
			DKG, GKV-SV, KBV:	PatV:	DKG, GKV-SV, KBV PatV

§ 6	Abs. 2	Satz 2	² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	[streichen]		
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			Der Vorschlag der KBV, PatV wird unterstützt.		Das DRK spricht sich für die Formulierung „soll“ aus. Es kann immer Gründe geben von der Norm abzuweichen. Dies sollte berücksichtigt werden.	
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			

			Der Vorschlag der KBV, GKV-SV, PatV wird unterstützt.	Der Krankenhausaufenthalt ist ein früher Zeitpunkt in der Behandlung, an dem ein Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung erfolgen sollte. Daneben ist es an diesem stationären Behandlungsort einfacher (mehrere Qualifikationen stehen an einem Ort, zur gleichen Zeit zur Verfügung) als in der ambulanten Versorgung, um einen solchen Versuch zu unternehmen. Des Weiteren wird befürwortet, dass ein Krankenhaus einen Patienten in dem bestmöglichen Behandlungszustand entlässt und dies DRG-relevant vergütet wird.		
§ 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	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.		
			Der Vorschlag von DKG, GKV-SV und KBV wird unterstützt.			
§ 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 Absatz	GKV-SV, KBV	DKG

			8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p> <p>Der Vorschlag von DKG, GKV-SV und KBV wird unterstützt.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p> <p>Die Position der DKG wird unterstützt.</p> <p>Grundsätzlich ist das Entlassungsmanagement Aufgabe eines Krankenhauses. Es zeigt sich in der Praxis aber auch, dass es öfter Kapazitätsengpässe in der ambulanten Folgeversorgung gibt.</p> <p>Zur Frage einer flächendeckenden Versorgung mit qualitativ angemessenen Leistungen hat die Krankenkasse eine besondere Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeiten.</p>		

					<p>In Situationen mit Kapazitätsengpässen ist es sinnvoll, wenn die zuständige Krankenkasse unterstützend einbezogen wird. Sie kann entweder geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten benennen, Vorschläge für eine Übergangsversorgung machen bzw. mittragen oder mittelfristig über die Zulassung weiterer Leistungserbringer die Versorgungssituation entspannen.</p> <p>Die Position der Versicherten im Rahmen des Übergangsmanagement kann durch den Einbezug der Krankenkasse verbessert werden.</p>	
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	<p>DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

				Dem Vorschlag von GKV-SV, KBV, PatV wird zugestimmt		Eine bestehende Verordnung soll nach Krankenhausaufenthalt nur dann weiterhin gültig sein, wenn die Voraussetzungen wirklich unverändert vorliegen. Die Formulierung der DKG in Bezug auf „im Wesentlichen“ unveränderte Voraussetzungen lässt viel Interpretationsspielraum und birgt somit Konfliktpotenzial.
§ 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
			Die Position von DKG, KBV, PatV wird unterstützt.		Die Kommentierung in den tragenden Gründen von DKG, KBV, PatV wird ge- teilt	
§ 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.			

			Der Vorschlag der PatV wird abgelehnt.		In §9 Abs.3 ist ausgeführt, dass es entweder eine Vollversorgung gibt oder eine Teilversorgung mit zeitgleichem Anspruch auf weitere HKP-Leistungen. Wenn es also in der Teilversorgung Bedarf an Leistungen der pflegerischen Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität gibt, wären diese als HKP-Leistungen zu verordnen.	
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter Rückzugspflege wird die	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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>		
				<p>Die Position der PatV wird unterstützt.</p>	<p>Das DRK teilt die Argumentation der PatV, wie sie diese in den</p>	

					Tragenden Gründen niedergelegt hat.	
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

			Die Position von KBV, DKG und PatV zur Streichung des Absatzes 1 wird unterstützt.		Das DRK verweist auf seine Ausführungen zu §10 Abs. 1 bzw. 2 Satz 3.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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
			Die Position von KBV, DKG, PatV wird unterstützt.		Das DRK sieht die besondere Bedeutung von Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung.	

					<p>Zwischen KBV, DKG, PatV und GKV-SV gibt es zur Ausgestaltung unterschiedliche Vorstellungen.</p> <p>Während der GKV-SV von einem top-down-Modell ausgeht, in der der verordnende Vertragsarzt die volle Verantwortung für sein Handeln, die verbindliche Einbeziehung spezialisierter Experten und Einrichtungen hat, gehen KBV, DKG, PatV von einer Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ aller beteiligten Personen und Organisationen aus.</p> <p>Die GKV-SV-Vorstellung überzeugt nicht, wenn es um eine komplexe Zusammenarbeit vieler Beteiligter geht.</p> <p>Die Vorstellung des GKV-SV ist zudem aus rechtlichen Gründen kritisch. Der GBA ist vom Gesetzgeber nicht legitimiert eine verpflichtende Kooperation</p>	
--	--	--	--	--	---	--

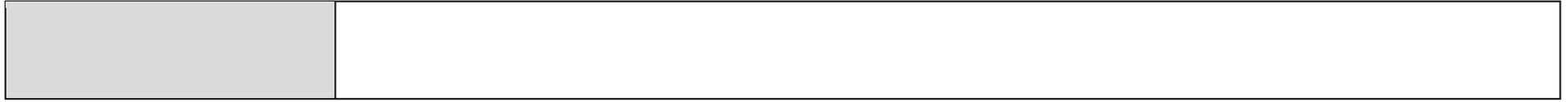
					als Grundlage für eine Leistungserbringung nach §132I SGB V einzubringen und damit Einfluss auf den Marktzugang für Interessenten zu nehmen.	
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
§ 10	Absatz 2 bzw. 3					
§ 10	Absatz 3 bzw. 4					
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

				Der Vorschlag von KBV, PatV wird unterstützt.		<p>Das DRK geht davon aus, dass ein verordnender Vertragsarzt erst einmal die Hinweise des Leistungserbringers nach §132I SGB V prüft, bevor er weitere Maßnahmen einleitet oder nach der Prüfung begründet zu dem Schluss kommt keine Massnahmen einzuleiten.</p> <p>Der Vorschlag von KBV, PatV entspricht diesem Vorgehen.</p> <p>Ein ungeprüftes, dafür aber unverzügliches Handeln mit Information der Krankenkasse, wie es der GKV-SV, DGK-Vorschlag nahelegt, wird abgelehnt.</p>
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der	PatV: ¹ Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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. 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>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. 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>		
--	--	--	---	---	--	--

				Die Position der PatV wird unterstützt.		Das DRK teilt die Argumentation der PatV, wie sie diese in den Tragenden Gründen niedergelegt hat.
§ 10	Absatz 6 oder 7					
§ 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
			Die Position von KBV, PatV wird unterstützt.			

					<p>Auch sollte die sich entwickelnde Telemedizin berücksichtigt werden, die zukünftig auch eine „in Augenscheinnahme aus der Ferne“ grundsätzlich ermöglichen würde.</p> <p>Das DRK hält daher den Formulierungsvorschlag von KBV, PatV für angemessen.</p>	
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:		
		Die Position von PatV/KBV/DKG wird unterstützt.				
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.						





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.

			Deutsche Fachpflege Gruppe	
			19. 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	
§ 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.	

			<p>Satz 5 entfällt ersatzlos.</p>	<p>Die erforderliche Qualifikation der Pflegefachkräfte wird ausschließlich durch die Parteien der Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V festgelegt. Satz 5 formuliert eine überflüssige Festlegung, die dem G-BA gemäß gesetzlicher Aufgabenverteilung nicht obliegt. Aus den tragenden Gründen ergibt sich, dass es um solche Anforderungen geht, die in der Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V geregelt sind. Für diese sind aber partiell andere Organisationen zuständig als für die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V. Damit wird eine untergesetzliche Verweiskette ohne gesetzliche Grundlage geknüpft. Sie ermöglicht es, detaillierte Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte aufzustellen, für die es nicht nur keine gesetzliche Grundlage gibt, sondern die geeignet sein können, den Leistungsanspruch durch unpassende Anforderungen auszuhöheln. § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V ermächtigt den G-BA zu alledem nicht; insbesondere ist nirgend geregelt, dass Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V den Leistungsanspruch nach § 37c SGB V konkretisieren dürfen.</p> <p>Die einschlägige Rechtsprechung des BSG sieht ein „Nebeneinander“ von Richtlinie und Rahmenempfehlungen vor, da diese unterschiedliche Regelungsbereiche betreffen. Diese Unterscheidung ohne Zugewinn zu verwischen und in den Zuständigkeitsbereich der Parteien der Rahmenempfehlungen einzugreifen setzt</p>
--	--	--	-----------------------------------	---

				die den Richtlinienentwurf erheblichen rechtlichen Bedenken aus.
§ 1	Absatz 2	Satz 1 ist überflüssig und kann gestrichen werden.		Gemäß § 12 Abs. 1 S. 2 SGB V können Versicherte Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht beanspruchen, Leistungserbringer dürfen diese nicht bewirken und Krankenkassen dürfen sie nicht bewilligen. Satz 1 enthält also eine bloße Selbstverständlichkeit, die hier überflüssig erscheint.
§ 1	Absatz 3	Der Auftrag des Gesetzgebers, Inhalt und Umfang sowie die aufgelisteten Anforderungen jeweils für Kinder und Jugendliche und volljährige Versicherte <u>getrennt</u> festzulegen, wird mit einer allgemeinen Klausel nicht ansatzweise in ausreichendem Maße berücksichtigt. Selbst unter Einbeziehung der in den folgenden Paragraphen (z.T. nur von einzelnen Verbänden vorgeschlagenen) vorgesehenen Regelungen ergibt sich kein stimmiges Bild, welches dem ausdrücklichen Auftrag des Gesetzgebers genügen würde.		§ 37c Abs. 1 S. 8 SGB V bestimmt ausdrücklich und unmissverständlich, dass es getrennte Regelungen für die dort genannten Personengruppen geben muss. Dies soll den besonderen Schutz der Minderjährigen und der Familie sicherstellen. Im Gesetzgebungsprozess wurde der Schutz dieser hochgradig sensiblen Gruppen besonders betont, weshalb § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V ausdrücklich getrennte Regelungen für Kinder und Jugendliche einerseits und Erwachsene andererseits vorschreibt. Ein Richtlinienentwurf, der dies nicht berücksichtigt, verstieße nicht nur gegen die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage, sondern wäre zudem verfassungsrechtlich bedenklich. Selbst wenn keine eigene Richtlinie für Kinder und Jugendliche erlassen werden muss, greift der vorliegende Entwurf bei diesem verfassungsrechtlich heiklen Thema entschieden zu kurz. Stattdessen muss für jede Regelung gesondert geprüft
		Satz 1 wird ersatzlos gestrichen.		

			<p>werden, ob diese auch für Kinder und Jugendliche so gelten kann.</p> <p>Des Weiteren etabliert Abs. 3 Satz 1 eine gänzlich neue Anspruchsvoraussetzung, für die es keine Rechtsgrundlage gibt. Der Anspruch wird davon abhängig gemacht, dass der Versicherte die außerklinischen Intensivpflege nicht selbst durchführen kann; zudem muss seine „gesundheitliche Eigenkompetenz“ berücksichtigt werden. Diese allgemein gehaltenen Begrifflichkeiten werden im Gesetz selbst nicht verwendet und sind aufgrund ihrer hohen Konkretisierungsbedürftigkeit geeignet, eine Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen einzuführen. Sie versetzen die Krankenkassen in einem durch das Gesetz nicht ansatzweise gedecktem Umfang in die Lage, über die Anspruchsvoraussetzungen zu disponieren.</p>
§ 1	Absatz 4	<p>Die Aufzählung wird an die gesetzliche Vorgabe angepasst, indem Ziffer 4 in Abs. 4 S. 1 wie folgt formuliert wird:</p> <p>„...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, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.“</p>	<p>Die ungleiche Behandlung der in § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V genannten Orte durch Abs. 4 S. 1 ist von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage nicht gedeckt. Nicht nur aus dem Wortlaut des § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V, sondern auch aus seiner systematischen Stellung lässt sich ableiten, dass der G-BA für die erst in Abs. 2 der Vorschrift geregelten Orte der Leistungserbringung gar keine Regelungskompetenz hat. Erst recht ist er nicht</p>

			<p>Ziffer 5 entfällt.</p> <p>Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Die Erbringung an den in Satz 1 genannten Orten erfolgt grundsätzlich gleichrangig, sofern sich nicht aufgrund von § 37c Absatz 2 Sätze 3 bis 9 etwas anderes ergibt.“</p>	<p>befugt, den Kreis dieser Orte zu beschränken oder Anforderungen an diese zu stellen, die das Gesetz nicht enthält.</p> <p>Satz 3 wird so neu gefasst, dass das Rangverhältnis von Gesetz und Richtlinie korrekt dargestellt wird. Dabei wird von dem Grundsatz ausgegangen, dass die Leistungsbereiche des Satzes 1 gleichrangig behandelt werden müssen, sofern nicht das Gesetz eigenständige Anforderung enthält, die dieser Richtlinie vorgehen.</p>
§ 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>Satz 4 entfällt ersatzlos.</p>	<p>Entgegen der Auflistung des § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V fügt Satz 4 eine Differenzierung zwischen den im Gesetz in Ziffer 4 genannten Orten ein. Dadurch schafft Satz 4 zusätzliche Voraussetzungen, die dem gesetzlichen Anspruch fremd sind und für den verfassungsrechtlich fundierten Teilhabeanspruch der Betroffenen problematisch sein können.</p>

				Ziffern 1 und 3 sind letztlich Wiederholungen aus § 12 und § 37c SGB V, die keinen eigenständigen Regelungsgehalt haben. Ziffer 2 kollidiert potenziell mit Satz 2, wonach (im Einklang mit der gesetzlichen Vorgabe) berechtigten Wünschen des Versicherten zu entsprechen ist.
§ 1	Absatz 5		Absatz 5 entfällt ersatzlos	Auch während eines Krankenhausaufenthaltes oder anderweitigen stationären Aufenthaltes muss die Verordnung außerklinischer Intensivpflege möglich sein. Gerade bei Klinikaufhalten ist die Weiterfinanzierung dringend erforderlich, da die extrem personalintensive Versorgung der Betroffenen andernfalls nicht mehr gewährleistet werden kann. Bis zu einer vollständigen Übernahme im klinischen Setting sind die Pflegekräfte eines ambulanten Anbieters noch voll in die Versorgung eingebunden. Daher kann nicht mit dem Zeitpunkt der Aufnahme die Finanzierung der ambulanten Versorgung sofort als beendet betrachtet werden.
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll Hilfsweise zur gänzlichen Streichung des Absatzes 5 ist die Formulierung der PatV zu wählen.	Siehe zur Begründung oben bei Absatz 5.
§ 1	Absatz 6			
§ 1			DKG zusätzlich:	

	Abs. 7 und Abs. 8		<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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
			Abs. 7 wird auf den Abschluss der Rahmenempfehlungen angepasst, Abs. 8 wird gestrichen.	Soweit es zwischen dem 31. Oktober 2022 und dem 1. Januar 2023 zur Verschreibung der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege kommt, erschließt sich nicht, warum diese nicht auf der aktuellen gesetzlichen Grundlage geschehen sollte. Dies schafft Rechtsunsicherheit, die vermieden werden sollte. Absatz 8 ist lediglich eine Wiedergabe des § 132I Abs. 5 Satz 5 SGB V.
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1	Satz 2 wird um die Worte ergänzt: „...und der Förderung der Teilhabe.“	Intensivpflegebedürftige Versicherte sehen sich häufig großen Schwierigkeiten gegenüber, am gesellschaftlichen Leben und ihrem sozialen Umfeld angemessen teilzunehmen. Dies zu ermöglichen ist eine staatliche Aufgabe, zu der sich die Bundesrepublik Deutschland durch völkerrechtliche Verträge verpflichtet hat. Dieser Aspekt sollte daher auch hier klarstellend aufgenommen werden.	
§ 2	Absatz 2			

§ 2	Absatz 3				
§ 2	Abs. 3	<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
		<p>Die von GKV-SV, KBV und PatV vorgeschlagene Fassung ist zu wählen. Satz 1 wird mit folgendem Halbsatz ergänzt: „... sofern dies nicht einer effektiven Teilhabe entgegensteht.“</p>		Siehe oben zu Abs. 1.	

§ 2	Absatz 4	<p>In Satz 1 werden die Worte „in Abstimmung mit der oder dem Versicherten“ ersetzt durch „nach Zustimmung der oder des Versicherten“.</p> <p>Folgender Satz 2 wird ergänzt:</p> <p>„Dabei kann die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt die Maßnahmen auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten mit spezialisierten Leistungserbringern abstimmen.“</p> <p>Jeder Weaningprozess bedarf der Einwilligung des Versicherten.</p>	<p>Telemonitorisch ermittelte und erfasste Trenddaten sollten zur Beurteilung der Beatmungssituation hinzugezogen werden, insbesondere um ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung festzustellen. Die S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“ beschreibt differenziert die Möglichkeiten und den Einsatz von Telemonitoring zur Überwachung und Anpassung von heimbeatmeten Menschen. In der überarbeiteten Fassung von 2019, S. 115, wird ausgeführt: „[...] mit Hilfe telemedizinischer Anwendungen, wie beispielsweise Televisiten und geeigneten vertraglichen Lösungen zur intersektoralen Zusammenarbeit könnten so künftig Experten für außerklinische Beatmung aus den Beatmungs- und Weaning-Zentren niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und Patienten im ambulanten Bereich unterstützen. [...]“</p> <p>Unter Berücksichtigung der besonderen Situation der Betroffenen, bedeutet eine Einweisung in stationäre Strukturen stets eine Einschränkung der Teilhabe und</p>
-----	----------	---	--

		<p>Telemedizinische Systeme und Verfahren müssen ihre Anwendung finden. Ambulante Möglichkeiten zur prolongierten Beatmungsentwöhnung bis zur Dekanülierung können durchgeführt werden.</p>	<p>Verminderung der Lebensqualität. Mittels der o.a. telemedizinischen Möglichkeiten kann somit nicht nur das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung festgestellt werden, sondern es können unnötige Einweisungen in eine auf Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung verschoben oder vermieden werden.</p> <p>Die Beschränkung für die Entwöhnung bzw. anzustrebende Dekanülierung auf stationäre Einrichtungen der Beatmungsentwöhnung ist einseitig und blockiert aktuelle und zukünftige Versorgungskonzepte. Besagte Einrichtungen sind bereits jetzt nicht in der Lage, ausreichende Weaningkapazitäten zur Verfügung zu stellen. Angesichts der in der Regel bereits im Vorfeld der Aufnahme in die ambulante Intensivpflege oft frustrierten Weaningversuche, muss die Möglichkeit bestehen, auch im ambulanten Sektor prolongiertes Beatmungsentwöhnung und eine Dekanülierung durchzuführen. Für ein solches Vorgehen bestehen bereits erprobte, multiprofessionelle Entwöhnungskonzepte bis hin zur Dekanülierung.</p> <p>Ambulante Beatmungsentwöhnung ist – natürlich unter Einbeziehung der prozessuralen und qualitativen Anforderungen – also bereits möglich.</p>
--	--	---	---

§ 2	Absatz 5	Der Absatz wird um die Worte ergänzt: „ ... und der Förderung der Teilhabe.“				Siehe oben zu Absatz 1.		
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Inter-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fäl-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>vention 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>len 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

				Voraus bestimmt werden können.			
			Bei jedem Beatmungspatienten und tracheotomierten Patienten besteht ständig eine Lebensgefährdung Zustimmung zum Vorschlag der PatV.				Laut der Überschrift betrifft § 3 nur die Verordnungsvoraussetzungen für Intensivpflege-Leistungen. Das würde dafür sprechen, sie allein am Maßstab von § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 3 SGB V („Anforderungen an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind“) zu messen. Tatsächlich regelt Abs. 1 aber nicht nur die Ausstellung von Verordnungen, sondern konkretisiert Tatbestandsmerkmale des materiellen Leistungsrechts. Jedenfalls in seinen Absätzen 1 und 2 („Anspruchsvoraussetzungen“) geht es um das Tatbestandsmerkmal des „besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege“ i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V, das der G-BA nur in den durch § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 1 SGB V gesteckten Grenzen („Anforderungen an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2“) konkretisieren darf. Daran gemessen ist etwa die von GKV-SV und KBV vorgeschlagene Begrenzung des Leistungsanspruchs auf „lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen“ rechtlich angreifbar, weil das Gesetz

					<p>den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege nicht nur auf den lebensbedrohlich erkrankten Personenkreis beschränkt. Dadurch wird mittelbar auch über den für den Leistungsanspruch nach § 37c SGB V relevanten Krankheitsbegriff disponiert, was nicht Aufgabe des G-BA ist. Wir verweisen im Übrigen auf die Ausführungen von Prof. Kingreen, die dieser Stellungnahme beigefügt sind. https://app.box.com/file/837285510464</p> <p>Intensivpflege-Patienten sind eine äußerst heterogene Gruppe, weshalb die Regelung diesem Umstand durch eine ausreichend flexible Formulierung berücksichtigen sollte. Mit Blick auf § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V darf der Anwendungsbereich nicht zu stark verengt werden, da nicht nur Fälle erfasst sind, die eine ständige Anwesenheit einer Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordern, sondern auch Fälle, in denen ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist.</p> <p>Präzisiert werden muss auch der Begriff „lebensbedrohliche Störung“. Eine klare Leistungsabgrenzung fehlt.</p>	
§ 3	Absatz 2					
§ 3	Absatz 3					
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV:	PatV:	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>(3) ¹Zeigt 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>		
--	--	--	---	--	--	--

			<p>verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>			
			<p>Ergänzung Satz 2</p> <p>Bei einer kurzfristigen Belegung ist der Pflegeanbieter für die Ausfallzeiten zu entschädigen.</p>		<p>Begründung der Ergänzung: „Unverzüglich“ würde bedeuten, dass der Pflegedienst gar nicht mehr reagieren kann, insbesondere personell. Dies wäre ein zusätzliches Risiko für alle Leistungserbringer. Um einen reibungslosen und schnellen Wechsel zwischen Klinik und Nachversorgungsstrukturen zu ermöglichen und bereitzuhalten, in Bezug auf Pflegedienstkapazitäten, Therapeuten, Behandlungskapazitäten, muss eine Art von Zwischenfinanzierung in Form</p>	

					einer Ausfallfinanzierung sichergestellt werden	
					Bei entsprechenden qualitativen und prozessualen Voraussetzungen kann auch eine ambulante Beatmungsentwöhnung ermöglicht werden.	
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5		Es muss zeitlich großzügige Frist für die Erstverordnung geben, die definitiv aufgrund einer persönlichen Untersuchung erfolgen muss. Folgeverordnungen müssen auch über Telemedizin und Technologien erfolgen können. Telemedizinische Leistungen sind ohnehin erst nach Live-Assessment möglich. Die Strukturen müssen aufgrund der Engpässe in der Versorgung angepasst werden. Ohne Telemonitoring und Videovisiten können die zahlreichen Prozesse pro Jahr nicht bearbeitet werden.			
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			
			Zustimmung PatV.	Voraussetzung für jede Erstverordnung ist die persönliche Untersuchung. Verordnung ersetzen durch Erstver-		

					sordnung. Folgeverordnungen können unter Zuhilfenahme von telemedizinischen Technologien ausgestellt werden.	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
			Zustimmung.			
			Ergänzung: Beatmungsdauer und Beatmungsförm dürfen keine allein entscheidende Bedeutung haben.			
§ 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.			
			Satz 5 wird ersatzlos gestrichen			Eine halbjährliche Überprüfung des Potentials für eine Beatmungsentwöhnung ist praktisch unmöglich umzusetzen. Hintergrund dafür ist, dass die existierenden Kapazitäten bereits jetzt für eine Beatmungsentwöhnung nach einem Intensivaufenthalt in einer Akutklinik nicht ausreichend sind. Für den möglichen Fall einer ambulanten Überprüfung des Potentials für eine Beat-

				<p>mungsentwöhnung stehen darüber hinaus nicht ausreichend Vertragsärzte (Haus- und Fachärzte) mit entsprechenden Qualifikationen zur Verfügung. Dadurch drohen nicht nur bei der Überprüfung, sondern auch bei anderen Heilbehandlungen Versorgungsengpässe. Die halbjährige Überprüfung erscheint zudem überflüssig, da gemäß § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V die Krankenkasse ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen hat. Von daher ist der Satz zu streichen.</p>
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>	
			<p>Regelungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sind nach dem ausdrücklichen gesetzlichen Auftrag zwingend aufzunehmen. Satz 10 und Satz 11 sind daher ein sinnvoller Baustein zum Erfüllen dieses Auftrags.</p>	<p>Siehe schon oben zu § 1 Abs. 3. Die bisherigen Regelungen sind für das Erfüllen des gesetzlichen Auftrages ungenügend.</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					
			Zusätzlich dazu sollen, falls vorhanden, relevante Daten aus der telemonitorischen Begleitung erfasst werden.			Über die Zuhilfenahme von telemonitorisch erfassten Trenddaten sind Therapieverläufe und -optionen sowie Potenziale besser einzuschätzen		
			1. a) Atemmechanik (z.B. Hustenstoß, Sekretion)					
			DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV		
			Streichen Patienten im ambulanten Sektor werden nicht bewusst sediert, um sie länger zu beatmen.					
			3. Feststellung der Gasaustauschparameter (z.B. pO2, pH, pCO2, sO2)					

			mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Puls-oxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO2-Messung);			
			4. Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz und FiO2- oder O2-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, Atemzug-			

			volumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke);			
			KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten			
			Die Punkte 7-10 sind grundsätzlich sinnvoll, aber über allem muss stehen, dass dies tatsächlich von den Klienten und An- und Zugehörigen gewollt wird.			
			KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens			
			Ablehnung	Es existieren z.Zt. keine evidenzbasierten oder allgemein anerkannten Systeme zur strukturierten Ermittlung des Patientenwillens oder strukturierten Erhebung der Lebensqualität. Die Anforderungen unterschreiten damit das gesetzliche Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V und sind bereits deshalb unzulässig. Das gilt umso mehr, als sie in ihrer konkreten Fassung potentiell geeignet sind, den Leistungsanspruch der Versicherten einzuschränken.		
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			Ablehnung	Es existieren z.Zt. keine evidenzbasierten oder allgemein anerkannten Systeme zur strukturierten Ermitt-		

				<p>lung des Patientenwillens oder strukturierten Erhebung der Lebensqualität. Die Anforderungen unterschreiten damit das gesetzliche Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V und sind bereits deshalb unzulässig. Das gilt umso mehr, als sie in ihrer konkreten Fassung potentiell geeignet sind, den Leistungsanspruch der Versicherten einzuschränken.</p> <p>Es bietet sich die Hinzuziehung der SAPV Teams an. Die Einberufung durch die SLT ist abzulehnen, da eine klare Befangenheit anzunehmen ist und damit die Zielsetzung „Wahrung der Patientenwürde“ nicht im Vordergrund steht.</p> <p>Die DIVI hat dazu in der Publikation (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) ausgeführt „[...] wenn die Sinnhaftigkeit einer Maßnahme geprüft werden soll, müssen also unter anderem Fragen nach dem Wert der angestrebten Behandlungsziele, der Bedeutung von Leid und Krankheit, den subjektiven Faktoren der Lebensqualität und dem Stellenwert von professioneller Hilfe bzw. familiärer Unterstützung geklärt werden. Deshalb enthält die Behauptung, dass eine Maßnahme sinnvoll sei, sowohl eine Bewertung ihrer Zweckrationalität (es ist fachlich</p>
--	--	--	--	--

				sinnvoll) als auch ihrer Wertrationalität (es ist menschlich angemessen) [...]“		
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Ablehnung	Es existieren z.Zt. keine evidenzbasierten oder allgemein anerkannten Systeme zur strukturierten Ermittlung des Patientenwillens oder strukturierten Erhebung der Lebensqualität. Die Anforderungen unterschreiten damit das gesetzliche Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V und sind bereits deshalb unzulässig. Das gilt umso mehr, als sie in ihrer konkreten Fassung potentiell geeignet sind, den Leistungsanspruch der Versicherten einzuschränken.		
				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:
			Zustimmung			
			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
				Zustimmung		
			DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
		Es existieren z.Zt. keine evidenzbasierten oder allgemein anerkannten				

			Systeme zur strukturierten Ermittlung des Patientenwillens oder strukturierten Erhebung der Lebensqualität. Die Anforderungen unterschreiten damit das gesetzliche Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V und sind bereits deshalb unzulässig. Das gilt umso mehr, als sie in ihrer konkreten Fassung potentiell geeignet sind, den Leistungsanspruch der Versicherten einzuschränken.		
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität		
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität		
				Es existieren z.Zt. keine evidenzbasierten oder allgemein anerkannten Systeme zur strukturierten Ermittlung des Patientenwillens oder strukturierten Erhebung der Lebensqualität. Die Anforderungen unterschreiten damit das gesetzliche Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V und sind bereits deshalb unzulässig.	

				Das gilt umso mehr, als sie in ihrer konkreten Fassung potentiell geeignet sind, den Leistungsanspruch der Versicherten einzuschränken.
			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		Bei der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege müssen möglichst viele Leistungserbringer einbezogen werden, um eine ausreichende Versorgung in Deutschland zu ermöglichen.	<p>Außerklinische Intensivpflege ist nicht Teil der medizinischen Aus- oder Weiterbildung. Lediglich im Bereich Innere Medizin und Pneumologie wird die außerklinische Beatmung in der Weiterbildungsordnung erwähnt, der Umgang mit Trachealkanülen findet sich im Kontext der klinischen Behandlung der Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde. Im Übrigen muss das Fachgebiet der Mediziner deshalb eine entsprechende intensivmedizinische Kompetenz beinhalten, was etwa bei den folgenden Facharztqualifikationen der Fall ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anästhesiologie, - Innere Medizin, - Neonatologie,

				<ul style="list-style-type: none"> - Neurochirurgie, - Neurologie, - (Neuro-)Pädiatrie. <p>Dennoch darf die Gruppe der Ärzte auch nicht zu eng gefasst werden. Denn die Voraussetzungen, unter denen ein Versicherter die Kostenübernahme beanspruchen kann, sind für die Intensivpflege-Richtlinie verfassungs- und sozialrechtlich verbindlich vorgegeben. Diese gesetzlich vorgegebenen Anspruchsvoraussetzungen können nicht im Wege der Richtlinien-Entscheidung nachträglich beschränkt werden. Das gilt auch für praktische Hürden, etwa wenn keine ausreichenden Kapazitäten bei Ärzten existieren, die zur Verschreibung der außerklinischen Intensivpflege ermächtigt sind.</p> <p>Die Einbeziehung innovativer, technischer Mittel ist dabei ausdrücklich zu begrüßen, da sie eine flächendeckende Leistungsmöglichkeit in ganz Deutschland erlaubt.</p>		
§ 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	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			<p>Diese Formulierung ist vorzugswürdig.</p>	<p>Es gibt bundesweit laut Statistik nur 26 niedergelassene Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Pneumologie“, 134 niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Neuropädiatrie. (<a href="https://www.bun-
desaerztekam-
mer.de/fileadmin/u-
ser_upload/down-
loads/pdf-Ordner/Statis-
tik2018/Stat18Abb-
Tab.pdf">https://www.bun- desaerztekam- mer.de/fileadmin/u- ser_upload/down- loads/pdf-Ordner/Statis- tik2018/Stat18Abb- Tab.pdf)</p> <p>Auch Neonatologen und Kinderintensivmediziner</p>	<p>Mit Blick auf den gesetzlichen Auftrag, Kinder und Jugendliche besonders zu schützen, ist die allgemeine Aufnahme von Kinder- und Jugend-Medizern vorzugswürdig.</p>	

				sollten hier berücksichtigt werden; ebenso, dass jeder Kinderarzt Intensivverfahren nachweisen muss.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Hals-, Nasen- und Ohrenärzte sollten ebenfalls in die Versorgung einbezogen werden.		Der Umgang mit Trachealkanülen wird bei der Aus- und Fortbildung nur im Kontext der klinischen Behandlung Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), Phoniatrie und Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Physikalische Medizin) ausdrücklich genannt. Diese Ärzte bei der Versorgung nicht zu berücksichtigen, erscheint folglich nicht sinnvoll.	
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit	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 		
			<p>Zustimmung</p> <p>Um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, sollte eine möglichst weitgehende Möglichkeit gewählt werden,</p>	<p>Ablehnung</p>	<p>Begründung Zustimmung:</p> <p>Die fachärztliche Qualifikation für Allgemeinmedizin oder Ärzte/Ärztinnen in der hausärztlichen Versorgung befähigt bei gleicher Kompetenz und Erfahrung</p>	<p>Begründung Ablehnung:</p> <p>Hiermit würden ca. 98% Ärztinnen und Ärzte der für Allgemeinmedizin oder in der hausärztlichen Versorgung ausgeschlossen</p>

			Vertragsärzte in die Versorgung einzubeziehen.		auch für die Versorgung von Menschen mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege i.S. des § 37c SGB V in der außerklinischen Intensivpflege. Soweit eine praktische Tätigkeit noch nicht über einen langen Zeitraum nachgewiesen werden kann, sollten technische Möglichkeiten und die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten als Ausgleich herangezogen werden können, etwa über durch Kooperation mit anderen Fachärzten.	sen und somit die Verordnung nur in die Hände der Fachärztinnen und Fachärzte gelegt
§ 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.			
			Ablehnung			
§ 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>	
			<p>Zu wenig Fachärzte und Fachärztinnen mit diesen Zusatzbezeichnungen. Ablehnung Kinder- und Jugend-Kardiologie. Aufnahme von Neonatologen und Kinderintensivmedizinern. Jeder Kinderarzt muss Intensivverfahren nachweisen.</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>	

			Innovative Konzepte zur möglichst umfassenden Versorgung sind ausdrücklich zu begrüßen und sollten auch hier verankert werden.	Telemonitoring, Televisiten, Telekonsile und Videokonferenzen unterstützen die Vertragsärzte bei der Verschreibung der außerklinischen Intensivpflege. Letztlich kann damit ein Netzwerk geschaffen werden, um jederzeit Konsultationsmöglichkeiten mit erfahreneren Ärzten zu nutzen.
§ 4	Absatz 3 bzw. 4			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	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:	
			„Ärztinnen und Ärzte“, denn diese Regelung verstößt gegen § 37c Abs. 1 S. 7 SGB V.	
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,	
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,	
	GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolon-	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	gierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
			Fachärztinnen und Fachärzte in der neurologischen Frühreha Phase B sowie in einem Querschnittszentrum etc. bringen üblicherweise die entsprechende Qualifikation mit, wobei sie nicht immer über eine spezielle Weiterbildung in Intensivmedizin verfügen.	Hier widerspricht die Richtlinie den Qualitätsanforderungen deutlich. Einerseits darf die Verordnung der ambulanten Intensivpflege durch Fachärzte Innere Medizin, Pulmonologie und Anästhesie sowie mit der Fachspeziellen Weiterbildung Intensivmedizin geschehen. Die Erhebung des Weaning Potentials aber nur, wenn dieselben 36 bzw. 18 Monate einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf		

					einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit haben. Dies ist praktisch nicht umsetzbar. Es muss die gleiche Qualifikation vorliegen wie im Rahmen Anforderungen für die Verordnung.	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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. ² Die Liste ist einmal in jedem	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 Arzt-	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>suche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
			<p>Zwischen den Worten „nach § 4“ und „verfügen“ ist „Abs. 1 und [2, 3]“ einzufügen.</p>	<p>Zwischen den Worten „Absatz 1“ und „Absatz [2, 3]“ wird ein „und“ eingesetzt. Die Worte „Absatz [3,4]“ werden gestrichen.</p>		<p>Die Potenzialerhebung ist gerade nicht den Vertragsärzten vorbehalten. Weder KBV noch KVen können Kenntnis davon haben, welche sonstigen Ärzte die Leistungen erbringen.</p>
§ 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.	
			Es muss die Möglichkeit für rückwirkende Verordnungen geben, denn in der Praxis gibt es Situationen, in denen das erforderlich ist, z.B. wenn Kliniken eine Verordnung nicht ausgestellt hatten oder keine Verordnung vom Hausarzt vorlag. Telemedizin und Telemonitoring müssen hier einbezogen werden.	
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Streichen	Die Krankenkasse ist eine Versicherungsbehörde, die für ihre Leistungen nicht alles wissen muss; für die fachliche Einschätzung ist der MD zuständig, § 275 Abs. 2 Nr. 5 SGB V. Die Regelung verstößt vermutlich gegen den Grundsatz der Datensparsamkeit, Art. 5 Abs. 1 Buchst. c) DSGVO und ist grundhaft zu reduzieren.
			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	
			Streichen	Die Regelung verstößt gegen § 37c Abs. 1 S. 7 SGB V.
§ 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)	
§ 5	Abs. 5	Satz [oder 3]	Der Behandlungsplan ist der Krankenkasse vorzulegen.	
			Ablehnung	Verstoß gegen Art. 5 Abs. 1 Buchst. c DSGVO. Die Krankenkasse benötigt diese Daten nicht.
§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege				

§ 6	Absatz 1		Der Zeitraum sollte auf drei Monate verlängert werden.		Aufgrund von Engpässen in der Versorgung wird es einen großen Run auf die Fachärztinnen und Fachärzte geben. Es sollte ein Zeitraum von drei Monaten angestrebt werden. Allein die „Eingewöhnungszeit“ nach der Klinikaufnahme verhindert eine reale Einschätzung des weiteren Entwöhnungspotentials. Außerdem ist die Gewinnung von entsprechend qualifizierten und niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten eher problematisch. Deren Vergütung ist in der GOÄ auch nicht entsprechend abgebildet, z.B. dürfen Anästhesisten keinen Trachealkanülenwechsel oder eine Bronchoskopie abrechnen usw.	
§ 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.			
			Zustimmung PatV.		Siehe oben zu § 1 Abs. 3.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönli-	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>chen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.</p>			
			<p>Dieser Satz wird ersatzlos gestrichen.</p>			<p>Dem Selbstbestimmungsrecht des Versicherten dürfen keine gesetzlich nicht vorgesehenen Beschränkungen auferlegt werden. Gemäß des verfassungsrechtlich verbürgten Sozialstaatsprinzips kann ein Anspruch intensivpflegebedürftiger Patienten auf Kostenübernahme der häuslichen und sonstigen ambulanten Pflege abgeleitet werden. Im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses für das GKV-IPReG wurde dieser Anspruch ausdrücklich anerkannt und gegenläufige Passagen wurden im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens aus dem Gesetzesentwurf bewusst herausgenommen. Eine Richtlinien-Regelung, die dies konterkariert sieht sich erheblichen rechtlichen Bedenken ausgesetzt.</p>
§ 6	Abs. 2	Satz 3	<p>KBV, PatV: hat soll</p>			
			<p>Zustimmung, wenn die/der Betroffene zustimmt.</p>			
§ 6	Absatz 3		<p>Einsatz von Telemedizin, Televisiten, Telemonitoring, Telekonsilen.</p>			

§ 6	Abs. 4		
		Ablehnung	Es ist Sache des Versicherten, ob und ggf. wann er einen Antrag an die Krankenkasse stellen möchte (§ 19 SGB IV). Es ist nicht erkennbar, warum die Versicherten in dieser Disposition und sogar noch vor allen anderen Beteiligten nur deshalb eingeschränkt sein sollen, weil der Leistungsbedarf in einem Krankenhaus festgestellt wird.
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements			
§ 7	Absatz 1	... für einen Zeitraum von bis zu 5 Wochen ...	Aufgrund der nicht vorhandenen fachärztlichen Ressourcen in der Peripherie ist es dringend notwendig, den Zeitraum signifikant zu verlängern.
§ 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					
			Absatz 4 Satz 1 ist zwingend zu streichen.		Satz 1 verstößt gegen § 19 SGB IV. Es ist Sache des Versicherten, ob und ggf. wann er einen Antrag an die Krankenkasse stellen möchte (§ 19 SGB IV). Es ist nicht erkennbar, warum die Versicherten in dieser Disposition und sogar noch vor allen anderen Beteiligten nur deshalb eingeschränkt sein sollen, weil der Leistungsbedarf in einem Krankenhaus festgestellt wird.	
§ 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 einzu beziehen.] ^{2 oder 3} 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.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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		<p>Abs. 1 wird ersatzlos gestrichen. / Abs. 1 wird wie folgt gefasst: „Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege können von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragt werden und werden von der Krankenkasse auf Antrag erbracht.“</p> <p>Zudem ist die Überschrift zu ändern in „Beantragung außerklinischer Intensivpflege“ / „Feststellung der Voraussetzungen für außerklinische Intensivpflege“.</p>	<p>§ 37c SGB V sieht keine Genehmigungspflicht vor – eine solche ist auch sonst nicht dem Gesetz zu entnehmen. Eine Genehmigung suggeriert ein – tatsächlich nicht vorhandenes – Ermessen der Krankenkassen und kann daher abschreckend wirken. § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V konkretisiert lediglich die übliche Befugnis der Krankenkasse, die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm zu prüfen. Eine Genehmigungspflicht wäre also eine gesetzlich nicht vorgesehene Beschränkung der Vo-</p>		

			<p>raussetzungen, unter denen außerklinische Intensivpflege erbracht werden darf. Die Voraussetzungen, unter denen ein Versicherter die Kostenübernahme beanspruchen kann, sind für die Intensivpflege-Richtlinie verfassungs- und sozialrechtlich verbindlich vorgegeben und können nicht im Wege der Richtlinien-Entscheidung oder einer darauf basierenden Verwaltungspraxis nachträglich beschränkt werden. Zum Nachweis der entsprechenden BSG-Rechtsprechung verweisen wir auf die Stellungnahme von Prof. Kingreen, die dieser Stellungnahme beigelegt ist.</p> <p>https://app.box.com/file/837285510464</p> <p>Die Neufassung, die hier vorgeschlagen wird, orientiert sich am Grundsatz des § 19 SGB IV, welcher insoweit (nur) klarstellt, dass Leistungen auf Antrag erbracht werden. Daher sind Überschrift und Wortlaut entsprechend anzupassen.</p>
§ 8	Absatz 2	<p>Abs. 2 wird wie folgt gefasst: „¹Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. ²Wird festgestellt, dass die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt sind, hat die Krankenkasse die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden</p>	<p>Die Änderung ist notwendig, um die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten und wurde daher an § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V angepasst. Dieser stellt klar, dass die Feststellung, ob die Voraussetzungen für die Erbringung außerklinischer Intensivpflege erfüllt sind, durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen wird.</p>

			Vertragsarzt sowie die oder den Versicherten über die Gründe zu informieren.“			
§ 8	Absatz 3		In Satz 1 werden die Worte „Entscheidung über die Genehmigung“ ersetzt durch „Feststellung über die ...“.		Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den beiden vorigen Absätzen.	
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			Zustimmung PatV.			
§ 8	Absatz 4		In Absatz 4 wird das Wort „Genehmigung“ ersetzt durch „Feststellung“.		Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den vorigen Absätzen.	
§ 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.			

			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		Im Titel des GKV-IPRehabilitationsG genannt ist ausdrücklich Rehabilitation genannt, damit sind Teilhabeleistungen „automatisch“ aufgerufen, weil Rehabilitation nach Definition der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) stets auf Teilhabe zielt, so auch das Bundesteilhabegesetz BTHG	
§ 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			
			Zustimmung PatV.			
§ 9	Absatz 6					
§ 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 Leistungs-	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege in dem	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>erbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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>		
			Ablehnung	Zustimmung	Die Rückzugspflege ist nicht geeignet, den Versorgungszeitraum der au-	

					<p>ßerklinischen Intensivpflege zu verringern, da die "Pflegeleistungen" der An- und Zugehörigen eine Form der Laienpflege darstellen. Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege 37c sind als medizinische Behandlungspflege der Laienpflege nicht zugänglich. Dies ist der Unterschied zur Behandlungspflege, die auch der Laienpflege zugänglich ist.</p>
§ 9	Absatz 7	<p>Satz 1 führt zu rechtlicher Unklarheit, da er ggf. gegen § 37c Abs. 3 S. 2 SGB V verstößt. Er sollte demnach gestrichen werden und Satz 2 wie folgt gefasst: „Bestehen Hinweise, dass der Bedarf für außerklinische Intensivpflege nicht mehr vorliegt, teilt der Leistungserbringer dies der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt unverzüglich mit.“</p> <p>Notwendig ist zudem eine Regelung von Übergangsfristen nach erfolgreicher Entwöhnung. Es muss die Möglichkeit geben, bis zu 6 Monate weiter versorgt</p>	<p>Eine Kollision mit § 37c Abs. 3 S. 2 SGB V ist möglich, da dieser bei einer Unterbringung in stationären Einrichtungen vorsieht, dass Leistungen nach einer Besserung des Gesundheitszustandes für sechs Monate weiter zu gewähren sind, wenn ein Pflegegrad 2, 3, 4, oder 5 festgestellt ist. In diesem Fall kann kaum von einem „Ende“ des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege gesprochen werden.</p> <p>Auch außerhalb der Versorgung in stationären Einrichtungen führt ein Entzug des Leistungsanspruchs ohne</p>		

		<p>zu werden, denn auch nach einer Dekanülierung ist der pflegerische Aufwand häufig genauso hoch.</p> <p>Auch ans Ende, da im grauen Feld</p>	<p>Entscheidung der Krankenkasse zu sozial- und verfassungsrechtlichen Problemen. So bedarf nach einer Bewilligung der Leistung die Rücknahme derselben nach dem actus contrarius-Gedanken einer ausdrücklichen Entscheidung. Denn die Bewilligung von Leistungen der AKI wird regelmäßig ein begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung sein; der Entfall der Leistungsvoraussetzungen eine tatsächliche Änderung i.S.d. § 48 Abs. 1 SGB X. Eine Aufhebung eines solchen Verwaltungsakts ist regelmäßig nur für die Zukunft möglich, § 48 Abs. 1 S: 1 SGB X. Für die Vergangenheit setzt eine Aufhebung zu Ungunsten des Betroffenen vorsätzliche oder grob fahrlässige Untätigkeit oder Unkenntnis <i>des Betroffenen</i> voraus, § 48 Abs. 1 S: 2 Nr. 2 und 4 SGB X. Da dem Versicherten insoweit keine besonderen Pflichten auferlegt sind und auch nicht sein können, und in Anbetracht der erheblichen Hürden, die der Gesetzgeber – und der vorliegende Richtlinienentwurf – für die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen vorgesehen hat, scheiden automatische Aufhebungen für die Vergangenheit zwingend aus. Wenn es Sache weniger Fachleute ist, die Leistungsvoraussetzungen einzuschätzen ist es unmöglich, dem Betroffenen ohne vorherige Prüfung durch diese Fachleute Kenntnis oder fahrlässige Unkenntnis von einer der Krankenkasse zu</p>
--	--	--	---

						meldenden positiven Entwicklung des Krankheitsverlaufs zu unterstellen. Stattdessen muss die Krankenkasse in die Lage versetzt werden, eine rechtmäßige Entscheidung über die Leistungserbringung zu treffen.
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
			Streichen, Zustimmung PatV.			

§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Zustimmung PatV.			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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
			Zustimmung PatV.			
§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		Satz 2	GKV-SV, DKG:	KBV, PatV:	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

	Abs. 4 bzw. 5		² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekannülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	² 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.		
				Zustimmung PatV.		Vorschlag GKV-SV, DKG und KBV verstößt gegen Art. 5 Abs 1 Buchst. c DSGVO
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit	PatV: ¹ 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	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen.</p> <p>²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen.</p> <p>³Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann.</p> <p>²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen.</p> <p>³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>		
				PatV. Zustimmung		<p>In diesem Vorschlag fehlt die Berücksichtigung des Patientenwille.</p> <p>Im Zusammenhang mit der Rückzugspflege sollten zusätzlich zu den Betroffenen sowie den An-</p>

						und Zugehörigen auch bei Kindern und Jugendlichen die Geschwisterkinder etc. erwähnt werden.
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	KBV, PatV	DKG, GKV-SV
				Nach erfolgter initialer "Vor-Ort-Visite" soll die Zuhilfenahme von Telemedizin und Telemonitoring etc. möglich sein.		
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:
						Der Anhang Behandlungsplan muss entfallen, denn

				welche Klinik soll das koordinieren! In der AIP ist es nicht möglich, so weit voranzuplanen. 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.
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.				

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

Stellungnahme für die
Deutsche Fachpflege Gruppe

Universitätsprofessor Dr. Thorsten Kingreen
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht
Universität Regensburg

Juli 2021

Die nachfolgende Stellungnahme befasst sich mit dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter dem 23.06.2021 veröffentlichten Beschlussentwurf „über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege“ (nachfolgend: RL-E) nach § 37c SGB V sowie den dafür „Tragenden Gründen“. Er knüpft an mein Rechtgutachten „Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V und seine Konkretisierung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ vom 16.04.2021 (nachfolgend: Rechtsgutachten) an.

I. Rechtsgrundlagen

Der Entwurf benennt im Ausgangspunkt grundsätzlich zutreffend § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V als Rechtsgrundlage für eine solche Richtlinie. Aus dieser Norm ergibt sich allerdings nach der üblichen Regelungssystematik nur, *dass* der G-BA eine solche Richtlinie erlassen darf, aber nicht, *welchen konkreten Inhalt* diese haben darf. Dieser folgt aus der konkreten leistungsrechtlichen Norm des § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V, der wie folgt lautet:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2021 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 sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2,
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 Versorgungskoordination,
3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 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.“

Diese Norm wird als Rechtsgrundlage überhaupt nicht erwähnt, obwohl sie die Kompetenzen des G-BA und deren Grenzen umschreibt. Die in § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V genannten Regelungsbereiche sind abschließend. Anders als andere Bestimmungen, die den G-BA zur Rechts-

normkonkretisierung ermächtigen (beispielsweise: § 32 Abs. 1a S. 2 SGB V) wird er nicht „insbesondere“ zur Regelung der benannten Fragen ermächtigt, sondern abschließend.

Insofern ist es bemerkenswert, dass sich der G-BA auch in den „Tragenden Gründen“ mit den durch § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V gezogenen Grenzen seiner Regelungsbefugnisse an keiner Stelle auseinandersetzt. Mehrere Bestimmungen im Richtlinienentwurf erwecken vielmehr den Eindruck, als gehe der G-BA von einer originären, gesetzlich nicht weiter determinierten Generalzuständigkeit für das Leistungsrecht der außerklinischen Intensivpflege aus. Dem scheint die Rechtsauffassung zugrunde zu liegen, dass der G-BA die Leistungsvoraussetzungen eigenständig festlegen kann und das Gesetz eher eine Konkretisierung der Richtlinie ist. Anders kann man jedenfalls beispielsweise § 1 Abs. 4 S. 2 und 3 RL-E nicht verstehen: S. 2 paraphrasiert zunächst § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V, bevor dann S. 3 im Duktus einer Ermächtigung des Parlamentsgesetzes an einen Verordnungsgeber formuliert: „ Das Nähere regelt § 37c Abs. 2 Sätze 3 bis 9 SGB V.“

Eine solche paralegale Regelungstechnik stellt das Verhältnis zwischen Parlamentsgesetz und untergesetzlicher Richtlinie auf den Kopf. Demgegenüber ist nochmals an die im Rechtsgutachten (S. 21f.) aufgeführte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu erinnern, die es dem G-BA verbietet, ohne gesetzliche Grundlage über die Voraussetzungen krankensicherungsrechtlicher Leistungsansprüche zu disponieren.

Nachfolgend werden drei Regelungskomplexe herausgegriffen, die diesen Eindruck bestätigen.

II. Umformulierung der leistungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen, § 1 RL-E

Unter der unspezifischen Gesetzesbezeichnung „Grundlagen“ vermischt § 1 in einer ausgesprochen intransparenten Art und Weise paraphrasierte Extrakte aus dem Gesetzestext mit eigenmächtigen Ergänzungen, die durch § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V nicht gedeckt sind. Dieser erlaubt es dem G-BA zwar, „das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen“ zu regeln, aber nicht, eigenständige zusätzliche Tatbestandsvoraussetzungen für den gesetzlichen Leistungsanspruch aufzustellen. Nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt sind daher die im Folgenden nur beispielhaft herausgegriffenen Regelungen:

1. Geeignete Pflegefachkraft

§ 1 Abs. 1 S. 1 und 2 RL-E wiederholen zunächst nur den Gesetzestext, was den flüchtigen Leser zu der Annahme verleiten könnte, dass es sich nur eine einführende Norm („Grundlagen“) ohne eigenständige Regelungsgehalte handelt. Tatsächlich schließen sich dann aber Regelungen über „geeignete Pflegekräfte“ an, die das Gesetz so nicht enthält. Die drei Trägerorganisationen möchten sogar in S. 5 des Entwurfes eine Regelung zu den Anforderungen an die Eignung der Pflegekräfte einführen. (Nur) den tragenden Gründen kann man entnehmen, dass es dabei um solche Anforderungen geht, die in der Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V geregelt sind. Für diese sind aber partiell andere Organisationen zuständig als für die Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V.¹ § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V ermächtigt den G-BA zu alledem nicht; insbesondere ist nirgend geregelt, dass Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V den Leistungsanspruch nach § 37c SGB V konkretisieren dürfen.

Ebenfalls nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt ist die Zuteilung von Regelungsbefugnissen zur Eignung der Pflegekräfte an die für die Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V zuständigen Organisationen in § 1 Abs. 1 S. 6/7 RL-E. Damit wird eine untergesetzliche Verweiskette ohne gesetzliche Grundlage geknüpft. Sie ermöglicht es, detaillierte Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte aufzustellen, für die es nicht nur keine gesetzliche Grundlage gibt, sondern die geeignet sein können, den Leistungsanspruch durch überzogene Anforderungen auszuhöhlen.

2. Fähigkeit zur Selbstdurchführung der außerklinischen Intensivpflege/gesundheitliche Eigenkompetenz

§ 1 Abs. 3 RL-E etabliert eine gänzlich neue Anspruchsvoraussetzung, für die es keine Rechtsgrundlage gibt. Der Anspruch wird davon abhängig gemacht, dass der Versicherte die außerklinischen Intensivpflege nicht selbst durchführen kann; zudem muss seine „gesundheitliche Eigenkompetenz“ berücksichtigt werden.

Diese sehr allgemeinen Begrifflichkeiten, die das Gesetz selbst nicht verwendet, sind aufgrund ihrer hohen Konkretisierungsbedürftigkeit ein Einfallstor für die Verschärfung der Anspruchs-

¹ „Dies setzt neben der 3-jährigen pflegerischen Ausbildung auch einschlägige Zusatzqualifikationen voraus, wie sie in der aktuellen Fassung der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V geregelt und von Leitlinien empfohlen werden. Diese Klarstellung ist erforderlich, da in der Richtlinie mehrmals die Begrifflichkeit ‚geeignete Pflegefachkraft‘ genannt wird.“

voraussetzungen. Sie versetzen die Krankenkassen in einem durch das Gesetz nicht ansatzweise gedecktem Umfang in die Lage, über die Anspruchsvoraussetzungen zu disponieren.

3. Geeignete Orte

Schließlich weichen Regulationsstruktur und -inhalt des § 1 Abs. 4 RL-E zu den Orten der Leistungserbringung subkutan von der gesetzlichen Ermächtigung ab.

§ 1 Abs. 4 S. 1 RL-E beinhaltet eine aus fünf Nummern bestehende Aufzählung von Orten der Leistungserbringung, wohingegen § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V nur vier Orte benennt. Das liegt daran, dass der „sonst geeignete Ort“ i.S.v. § 37c Abs. 2 Nr. 4 SGB V aus der Aufzählung herausgezogen werden und in einer eigenständigen Nr. 5 geregelt werden soll. Das liegt wiederum daran, dass die Trägerorganisationen in § 1 Abs. 4 S. 4 RL-E bestimmte Anforderungen an die sonstigen geeigneten Orte festlegen möchten.

Nicht nur aus dem Wortlaut des § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V, sondern auch aus seiner systematischen Stellung lässt sich ableiten, dass der G-BA für die erst in Abs. 2 der Vorschrift geregelten Orte der Leistungserbringung gar keine Regelungskompetenz hat. Erst recht ist er nicht befugt, den Kreis dieser Orte zu beschränken oder Anforderungen an diese zu stellen, die das Gesetz nicht enthält.

III. Verordnung von außerklinischer Intensivpflege, §§ 3-6 RL-E

Die §§ 3-5 RL-E betreffen ausweislich ihrer Überschriften jeweils die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. Das würde dafür sprechen, sie allein am Maßstab von § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 3 SGB V („Anforderungen an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind“) oder Nr. 4 („Anforderungen an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen“) zu messen.

1. Tatsächlich regelt aber § 3 RL-E teilweise nicht die Ausstellung von Verordnungen, sondern konkretisiert Tatbestandsmerkmale des materiellen Leistungsrechts. Jedenfalls in seinen Absätzen 1 und 2 („Anpruchsvoraussetzungen“) geht es um das Tatbestandsmerkmal des „besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege“ i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V, das der G-BA nur in den durch § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 1 SGB V gesteckten Grenzen („Anforderungen an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2“) konketi-

sieren darf. Daran gemessen ist etwa die von GKV-SV und KBV vorgeschlagene Begrenzung des Leistungsanspruchs auf „lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen“ (§ 3 Abs. 1 RL-E) rechtlich angreifbar, weil das Gesetz den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege nicht nur auf den lebensbedrohlich erkrankten Personenkreis beschränkt. Dadurch wird mittelbar auch über den für den Leistungsanspruch nach § 37c SGB V relevanten Krankheitsbegriff disponiert, was nicht Aufgabe des G-BA ist.² – Ich verweise insoweit auf meine Ausführungen im Rechtsgutachten, S. 21f.

2. Anders als noch der im Rechtsgutachten behandelte Entwurf weitet § 4 RL-E den Kreis der verordnungsberechtigten Vertragsärzte auch auf Hausärzte aus. Damit wird den im Rechtsgutachten, S. 27ff. geäußerten Bedenken Rechnung getragen. Insbesondere lässt es § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 4 SGB V zu, besondere Qualifikationsanforderungen an die verordnenden Vertragsärzte zu stellen. Daher wäre auch ein Anforderungskatalog, wie in § 4 Abs. 1 S. 3 RL-E in der Fassung des Vorschlags des GKV-SV enthält zulässig, wenn die Anforderungen nicht so unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, dass ihnen kaum ein Hausarzt genügen kann.

Hingegen besteht für den durch DKG, KBV und die Patientenvertreter vorgeschlagenen Ausschluss der Hausärzte aus dem Kreis der verordnungsberechtigten Vertragsärzte im Rahmen des Entlassmanagements (§ 4 Abs. 2 RL-E) keine Rechtsgrundlage. Denn auch insoweit handelt es sich um eine „Verordnung durch einen Vertragsarzt“ i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V. Der Rechtsbegriff „Vertragsarzt“ schließt aber aus den im Rechtsgutachten, S. 27ff. genannten Gründen auch Hausärzte ein; zudem unterscheidet das Gesetz nicht zwischen Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements und anderen Verordnungen. § 4 Abs. 2 RL-E wäre daher in der durch die DKG, die KBV und die Patientenvertreter vorgeschlagenen Fassung rechtswidrig.

IV. Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege, § 8 RL-E

Gemäß § 8 Abs. 1 RL-E bedürfen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege i.S.v. § 37c SGB V der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Im Rechtsgutachten, S. 31ff. wurde mit Nachweisen auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts herausgearbeitet, dass das Erfordernis einer Genehmigung eine formelle Anspruchsvoraussetzung ist, die einer gesetzlichen Regelung bedarf. Der G-BA ist daher zu einer

² BSG, Urt. v. 30.09.1999, B 8 KN 9/98 KR R, Rn. 62 (juris).

eigenständigen, nicht gesetzlich angeleiteten Regelung eines Genehmigungsvorbehalts nicht befugt. Insbesondere regelt § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V kein Genehmigungserfordernis, sondern konkretisiert lediglich die übliche Befugnis der Krankenkasse, die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm zu prüfen, die sie als Landesbehörde i.S.v. Art. 83, 84 GG bzw. als Bundesbehörde nach Art. 87 Abs. 2 GG ausführt. Wenn der Gesetzgeber ein Genehmigungserfordernis hätte etablieren wollen, hätte er dies an genau diesem Regelungsstandort, an dem es um die Kompetenzen der Krankenkasse geht, getan. Das ist aber nicht geschehen.

Nach der Abfassung des Rechtsgutachtens ist eine Entscheidung des 6. Senats des Bundessozialgerichts (BSG, Urt. v. 27.01.2021, B 6 A 1/19 R³) veröffentlicht worden, in der es um die Zulässigkeit von Genehmigungsvorbehalten für humangenetische Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) ging. Diese Entscheidung bestätigt zunächst die im Rechtsgutachten geäußerte Auffassung, dass Genehmigungsvorbehalte einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage bedürfen (Rn. 12ff). Zutreffend führt der 6. Senat aus, dass sich weder § 15 Abs. 1 SGB V noch den allgemeinen Grundsätzen des Sozialgesetzbuchs V eine Aussage dahingehend entnehmen lasse, ob eine Leistung einer Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf. Vielmehr komme es auf den Inhalt der leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften an:

„Ob der Versicherte eine konkrete Leistung tatsächlich ohne vorherige Antragstellung nach § 19 Satz 1 SGB IV und ohne vorherige Zustimmung der KK als Sachleistung erhalten kann, wird gerade nicht in § 15 Abs. 2 bis 6 SGB V geregelt [...], sondern richtet sich – auch wenn die unmittelbare Inanspruchnahme die Regel ist – nach den Vorschriften des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts“ (Rn. 19).

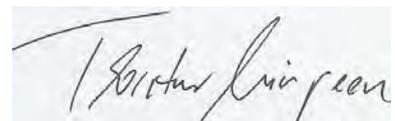
Der Senat hat sich daher näher mit den Regelungen des vertragsärztlichen Leistungs- und Leistungserbringungsrechts befasst. Er ist dabei zu dem Schluss gekommen, dass § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V, der den Bewertungsausschuss zur Bestimmung des „Inhalts der abrechnungsfähigen Leistungen“ berechtigt, keine Rechtsgrundlage für den Genehmigungsvorbehalt bildet. Vielmehr sei ein Genehmigungsvorbehalt ein zulässiger Bestandteil des Bundesmantelvertrags i.S.v. § 82 Abs. 1 SGB V, wenn dessen Parteien den Genehmigungsvorbehalt einvernehmlich beschließen (Rn. 14f.).

³ Die Entscheidung ist nach wie vor (Stand: 21.07.2021) nicht auf der Website des Bundessozialgerichts und in den Datenbanken Beck-Online und Juris veröffentlicht, sondern wurde dem Verfasser nach Erstellung des Rechtsgutachtens vom 16.04.2021 durch einen Prozessbeteiligten zur Verfügung gestellt.

Die Entscheidung des 6. Senats verdeutlicht damit nicht nur, dass Genehmigungsvorbehalte ohne gesetzliche Grundlage rechtswidrig sind. Sie bestätigt vielmehr auch, dass allein die gesetzlich zugewiesene Zuständigkeit (wie sie nicht nur in § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V, sondern auch in § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V enthalten ist), den „Inhalt“ von Leistungen zu konkretisieren, keinen Genehmigungsvorbehalt deckt.

Die Entscheidung des 6. Senats des Bundessozialgerichts bestätigt und verfestigt damit die im Rechtsgutachten, S. 31ff. vertretene Rechtsauffassung, dass ein Genehmigungsvorbehalt, wie er in § 8 Abs. 1 RL-E vorgesehen ist, rechtswidrig ist.

Regensburg, 21.07.2021

A handwritten signature in black ink on a light blue background. The signature is written in a cursive style and appears to read 'Thorsten Kingreen'.

Prof. Dr. Thorsten Kingreen

**Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V
und seine Konkretisierung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bun-
desausschusses**

Rechtsgutachten für die
Deutsche Fachpflege Gruppe

erstattet von

Universitätsprofessor Dr. Thorsten Kingreen
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht
Universität Regensburg

April 2021

Gliederung

I. Ergebnisse des Rechtsgutachtens.....	4
II. Sachverhalt und Fragestellung.....	7
III. Rechtliche Bewertung.....	12
1. Verfassungsrechtliche Rahmung.....	12
a) Das Wunsch- und Wahlrecht.....	12
aa) Grundlagen.....	12
bb) Das Wunsch- und Wahlrecht im verfassungs- und völkerrechtlichen Kontext.....	13
b) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Eingriffen in das Wunsch- und Wahlrecht.....	15
aa) Der Parlamentsvorbehalt.....	15
bb) Verfassungsrechtliche Legitimation der untergesetzlichen Konkretisierung durch Richtlinien des G-BA.....	17
2. Grund und Grenzen der Rechtsnormkonkretisierung durch den G-BA.....	20
a) Das sog. Rechtsnormkonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts.....	20
b) Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung.....	21
aa) Unzulässige Disposition über Anspruchsvoraussetzungen	21
bb) Unzulässige prozedurale Zusatzhürden für die Inanspruchnahme von Leistungen.....	23
(1) Gesetzlich nicht vorgesehener Genehmigungsvorbehalt.....	23
(2) Gesetzlich nicht vorgesehener Verordnungsvorbehalt.....	23
3. Prüfung der Rechtmäßigkeit des Richtlinien-Entwurfs.....	24
a) Der Referentenentwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungs- gesetzes (RISG)	24
b) Qualifikation der außerklinische Intensivpflege verordnenden Ärztinnen und Ärzte	27

c) Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege durch die Krankenkassen, § 8 Abs. 1 RL-E.....	29
aa) Beantragung und Genehmigung von veranlassten Leistungen.....	29
bb) Gesetzliches oder gesetzlich ermöglichtes Genehmigungserfordernis bei der außerklinischen Intensivpflege.....	30
(1) Zielvereinbarung bzw. Feststellung durch die Krankenkasse, § 37c Abs. 2 S. 3-8 SGB V.....	31
(2) Konkretisierungsbefugnis des G-BA.....	33
cc) Fazit zum Genehmigungserfordernis.....	33

I. Ergebnisse des Rechtsgutachtens

- 1.** Das in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V explizit normierte Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bringt zum Ausdruck, dass diese nicht Objekte fürsorglich-obrigkeitlicher Behandlung sind, sondern eigene soziale Rechtsansprüche haben und auch in komplexen gesundheitlichen Krisensituationen in der Lage sind, eigene Entscheidungen zu treffen oder eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, wer ihre Angelegenheiten besorgt, wenn sie dazu selbst nicht mehr in der Lage sind.
- 2.** Der Gesetzgeber hat die Einführung des Wunsch- und Wahlrechts in das Sozialleistungsrecht politisch mit der Menschenwürde begründet. Es ist jedenfalls durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) auch grundrechtlich geschützt. Deshalb stellt es einen Eingriff in dieses Grundrecht dar, wenn Wünschen der Versicherten, insbesondere was den Leistungsort angeht, nicht entsprochen wird.
- 3.** Dieser Grundrechtseingriff kann verfassungsrechtlich gerechtfertigt werden.
 - a)** Die verfassungsrechtliche Rechtfertigung setzt ein Parlamentsgesetz voraus, das Bestandteil der verfassungsmäßigen Ordnung im Sinne von Art. 2 Abs. 1 GG ist. Dieses Gesetz muss die Voraussetzungen für den Grundrechtseingriff hinreichend konkret bestimmen (sog. Parlamentsvorbehalt).
 - b)** Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Parlamentsvorbehalt eine besondere Bedeutung für die demokratische Legitimation von Grundrechtseingriffen. Sie erklärt sich aus der allenfalls abgeschwächten personellen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Verhältnis zu Grundrechtsträgern, die nicht mitgliedschaftlich in seinen Beschlussgremien vertreten sind (sog. Außenseiter); dazu zählen namentlich die Versicherten. Die Verfassungsmäßigkeit der Richtlinien des G-BA (dazu 4.) hängt im Verhältnis zu Außenseitern davon ab, dass der G-BA hinreichend „gesetzlich angeleitet“ (Bundesverfassungsgericht) ist. Diese gesetzliche Anleitung betont den Parlamentsvorbehalt, erzeugt damit sachliche Legitimation und soll die abgeschwächte personelle Legitimation des G-BA kompensieren.
- 4.** Der G-BA hat die Aufgabe, die nur als Rahmenrechte verstandenen Leistungsrechte in der GKV durch Richtlinien zu durchsetzbaren Rechtsansprüchen zu verdichten. Dabei unterliegt er aber gerade wegen seiner nur abgeschwächten personellen Legitimation gegen-

über den Versicherten einer strengen Gesetzesbindung, damit seine Richtlinien das verfassungsrechtlich notwendige Legitimationsniveau erreichen. Er darf daher nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts weder über die materiellen Anspruchsvoraussetzungen disponieren noch darf er zusätzliche administrative Hürden errichten, die das Gesetz nicht vorsieht. Unzulässig sind insbesondere über das Gesetz hinausgehende Anforderungen an vertragsärztliche Verordnungen und von im Gesetz nicht vorgesehenen Genehmigungserfordernissen seitens der Krankenkassen.

5. Der im August 2020 bekannt gewordene Entwurf einer Richtlinie des G-BA über die Verordnung mit außerklinischer Intensivpflege (RL-E) wird den (verfassungs-)rechtlichen Vorgaben an Beeinträchtigungen des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten teilweise nicht gerecht.
 - a) Das Wunsch- und Wahlrecht war in einem ursprünglichen Referentenentwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG) aus dem August 2019 nicht vorgesehen. Zudem hatte dieser namentlich von den Mitgliedsorganisationen im G-BA (Krankenkassenverbände, Kassenärztliche Bundesvereinigung) begrüßte Entwurf noch einen Vorrang der stationären Leistungserbringung vorgesehen. Als Folge von Protesten aus Patientenverbänden und Fachgesellschaften sieht das Gesetz nunmehr nicht nur ein Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten vor (§ 37c Abs. 2 S. 2 SGB V), sondern lässt die klinische Intensivpflege gleichberechtigt auch im familiären Umfeld zu (§ 37c Abs. 2 S. 1 SGB V). Diese gesetzlichen Vorgaben für das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten sind maßgebend auch für die Richtlinien des G-BA, auch wenn sie von dessen Mitgliedsorganisationen politisch abgelehnt werden.
 - b) Die Beschränkung des Kreises der ordnungsberechtigten Vertragsärzte auf bestimmte Fachärzte in § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E geht über die gesetzliche Ermächtigung in § 37c Abs. 1 S. 4 und S. 9 Nr. 4 SGB V hinaus und wäre daher, sollte er so beschlossen werden, rechtswidrig. Denn das Gesetz sieht besonders qualifizierte Vertragsärzte als ordnungsberechtigt an; Vertragsärzte sind aber nach der vertragsärztlichen Systematik auch Hausärzte. Der G-BA darf dann lediglich regeln, was diese Vertragsärzte zu besonderes qualifizierten Vertragsärzten macht.
 - c) Rechtswidrig wäre auch das in § 8 Abs. 1 RL-E vorgesehene Erfordernis einer Genehmigung der außerklinischen Intensivpflege durch die Krankenkasse. Als Anspruchsvor-

oraussetzung bedarf das Erfordernis einer Genehmigung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts einer expliziten gesetzlichen Regelung; der G-BA ist daher zu einer eigenständigen, nicht gesetzlich angeleiteten Regelung nicht befugt. § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V regelt kein Genehmigungserfordernis, sondern konkretisiert lediglich die übliche Befugnis der Krankenkasse, die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm zu prüfen, die sie als Landesbehörde i.S.v. Art. 83, 84 GG bzw. als Bundesbehörde nach Art. 87 Abs. 2 GG ausführt.

II. Sachverhalt und Fragestellung

Das am 29.10.2020 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - GKV-IPReG)“¹ hat in einem neuen § 37c SGB V einen leistungsrechtlichen Rechtsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt.

1. Die **Anspruchsgrundlage** des § 37c SGB V steht im begrifflich-systematischen Kontext mit dem schon bislang in § 37 Abs. 2 SGB V geregelten Rechtsanspruch auf die sog. Behandlungspflege:²
 - a) Die **allgemeine Behandlungspflege** umfasst die krankheitsspezifischen, nicht allgemein auf die Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Pflegemaßnahmen, die, soweit sie professionell erfolgen, meist von Vertretern medizinischer Hilfsberufe erbracht werden.³ Die Versicherten erhalten die allgemeine Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen.
 - b) Der Anspruch aus § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V umfasst bislang auch eine **qualifizierte Behandlungspflege**. Diese wird „bei besonders hohem Pflegebedarf“ (§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V) an den in der Vorschrift genannten Orten des vorwiegend privaten Umfelds als ambulante Leistung erbracht. Nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V besteht der Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege („einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“) aber ausnahmsweise auch in zugelassenen Pflegeeinrichtungen i.S.v. § 43 i.V.m. § 71 Abs. 2 SGB XI und nach § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V in stationären Einrichtungen nach § 43a S. 1 i.V.m. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI.
 - c) Diesen Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege bezeichnet das Gesetz nunmehr als **außerklinische Intensivpflege** und lagert ihn für alle in § 37 Abs. 2 S. 1, 3 und 8 SGB V genannten Leistungsorte in eine eigenständige Anspruchsgrundlage in § 37c Abs. 1 und 2 SGB V aus.

¹ BGBl. I. 2220.

² Vgl. auch *Padé*, in: Engelmann/Schlegel (Hrsg.), *Juris-PK SGB V*, § 37c [2021] Rn. 9ff.

³ So BSG, NZS 2006, 32 (34).

d) Der bisherige Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 S. 1, 3 und 8 SGB V, s. b)) bleibt für einen **Übergangszeitraum bis zum 31.10.2023** neben dem Anspruch aus § 37c SGB V bestehen. Die vollständige Ablösung des Anspruchs aus § 37 Abs. 2 S. 1, 3 und 8 SGB V soll nach dem Willen des Gesetzgebers erst erfolgen, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss den Richtlinienauftrag nach § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V umgesetzt hat, die Vereinbarungspartner die Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 2 SGB V und die Vertragspartner die Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V abgeschlossen haben.⁴ Erst nach Ablauf des Übergangszeitraums wird daher § 37 Abs. 2 S. 3 SGBV gemäß Art. 2 Nr. 1 a) GKV-IPReG durch folgenden Halbsatz ergänzt: „Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden.“ § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V wird nach Art. 2 Nr. 1 b) GKV-IPReG ganz entfallen.

2. Anspruchsberechtigt sind nach § 37c Abs. 1 S. 1 SGB V Versicherte mit einem hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dabei handelt es sich um schwerstpflegebedürftige Menschen, deren Rehabilitation aus klinischer Sicht abgeschlossen ist, die aber weiter beatmet oder über eine Trachealkanüle abgesaugt werden müssen.

3. Materielle Anspruchsvoraussetzung ist nach § 37c Abs. 1 S. 1 SGB V ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dieser liegt nach § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. **Formelle Anspruchsvoraussetzung** ist nach § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Er bzw. sie müssen dabei das Therapieziel mit dem Versicherten erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz (§ 37c Abs. 1 S. 5 SGB V). Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, muss zudem mit jeder Verordnung das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maß-

⁴ Vgl. BT-Drucks. 19/19368, 44.

nahmen erhoben und dokumentiert sowie auf deren Umsetzung hingewirkt werden (§ 37c Abs. 1 S. 6 SGB V).

4. Der **Anspruchsinhalt** ergibt sich aus § 37c Abs. 1 S. 3 SGB V: Er umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach § 37c Abs. 2 SGB V.
5. § 37 Abs. 2 S. 1-5 SGB V regelt die möglichen **Orte der Anspruchserfüllung** und die ggfs. erforderliche **Prüfung ihrer Geeignetheit**:
 - a) Der im Sozialgesetzbuch V zuvor nicht verwendete Begriff „**außerklinisch**“ liegt quer zu der üblichen Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Außerklinisch ist jede Behandlungspflege, die nicht in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfolgt. Sie kann gemäß § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V und wie schon bislang nach § 37 Abs. 2 S. 3 und 8 SGB V in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 2 SGB XI = Nr. 1) und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (§ 71 Abs. 4 Nr. 1 und 3 SGB XI = Nr. 2) erfolgen. Sie kann aber auch in von Leistungserbringern betriebenen Wohneinheiten (§132I Abs. 5 SGB V = Nr. 3) oder im Haushalt der Versicherten oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen (= Nr. 4) erbracht werden.
 - b) Für die **Auswahl des Orts der Anspruchserfüllung** gilt § 37c Abs. 2 S. 2-3 SGB V. Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen (S. 2). Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann; dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen (S. 3). Kann diese Feststellung nicht getroffen werden, weil eine Begutachtung des Versicherten nicht möglich ist, kann nach § 37c Abs. 2 S. 9 SGB V die Erfüllung des Anspruchs in Wohneinheiten (§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V) oder im privaten Umfeld (§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V) versagt werden.
 - c) Über ggfs. erforderliche **Nachbesserungsmaßnahmen** i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 3 SGB V schließt die Krankenkasse gemäß § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung, an der sich nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs wei-

tere Leistungsträger zu beteiligen haben. Zur Umsetzung der Zielvereinbarung schuldet die Krankenkasse nur Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V (§ 37c Abs. 1 S. 5 SGB V).

6. Das **Verfahren zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen** und des **Orts der Anspruchserfüllung** regelt § 37c Abs. 2 SGB V in seinen Sätzen 6-8. Nach § 37c Abs. 1 S. 6 SGB V trifft die Krankenkasse die Feststellung, ob die Anspruchsvoraussetzungen nach Absatz 1 und die in § 37c Abs. 2 S. 1-3 SGB V normierten Anforderungen an den Ort der Anspruchserfüllung erfüllt sind, aufgrund einer vom Medizinischen Dienst durchzuführenden persönlichen Begutachtung des Versicherten am Leistungsort. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung nach § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V grundsätzlich jährlich bzw. bei entsprechendem Anlass nach § 37c Abs. 2 S. 8 SGB V auch früher zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen.
7. Gegenstand des nachfolgenden Rechtsgutachtens ist die in § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V näher normierte **Konkretisierungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses**.
 - a) Der Gemeinsame Bundesausschuss muss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 bis zum 31. Oktober 2021 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 sowie die Anforderungen bestimmen
 1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach § 37c Abs. 1 S. 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 Versorgungskoordination,
 3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach § 37c Abs. 1 S. 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.

- b) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 15.10.2020 beschlossen, ein **Beratungsverfahren** über die „Erstfassung einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege“ einzuleiten.⁵ Zuständig ist der „Unterausschuss Veranlasste Leistungen“, der im Mai 2021 seine Beratungen aufnehmen soll. Bereits im August 2020, also vor Inkrafttreten des Gesetzes, wurde in der Tagespresse von einem ersten Entwurf einer „Richtlinie über die Verordnung mit⁶ außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie – AIP-Richtlinie)“ berichtet, der bereits im April 2020 erstellt worden sein soll.⁷ Dieser offenbar aus dem Kreis der Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses stammende Entwurf war zumindest zwischenzeitlich digital-öffentlich zugänglich und liegt dem Unterzeichner vor.

8. Die Auftraggeberin des Rechtsgutachtens hat darum gebeten, die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Erlass der Richtlinien zu entfalten und zu prüfen, ob die Regelungsvorschläge in dem Entwurf rechtmäßig sind. Insbesondere soll geprüft werden, ob der Richtlinienentwurf Regelungen enthält, die geeignet sind, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V über die gesetzlichen Vorgaben hinaus zu beschränken.

⁵ S. <https://www.g-ba.de/beschluesse/4511/>.

⁶ Gemeint ist wohl: „von“.

⁷ Berliner Zeitung v. 11.08.2020, <https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/haeusliche-intensivpflege-wird-unmoeglich-gemacht-li.98082>; ferner etwa den Hinweis unter <https://www.eu-schwerbehinderung.eu/index.php/33-aktuelles/3950-ipreg-dokument-sorgt-fuer-verwirrung-gemeinsamer-bundesausschuss-nimmt-stellung>.

III. Rechtliche Bewertung

Das Rechtsgutachten arbeitet die Ausgangsfrage in drei Schritten auf: Zunächst werden die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen für das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten und die Kompetenz des G-BA zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs behandelt (1.) In einem zweiten Schritt wird, insbesondere anhand der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der sozialrechtliche Rahmen für die Rechtsnormkonkretisierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfaltet (2.). Auf dieser verfassungs- und einfach-rechtlichen Grundlage wird schließlich geprüft, ob die Regelungsvorschläge im Richtlinienentwurf rechtmäßig sind (3.).

1. Verfassungsrechtliche Rahmung

a) Das Wunsch- und Wahlrecht

aa) Grundlagen

Das in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V normierte Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten normiert einen anerkannten sozialrechtlichen Grundsatz. Er konkretisiert § 33 S. 2 SGB I, wonach den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten entsprochen werden soll, soweit sie angemessen sind. Die Bundesregierung hat dies 1972 in ihrem ersten Gesetzentwurf mit dem Charakter sozialer Rechte begründet:

„Die Konkretisierung der Leitideen unserer Sozialrechtsordnung in der Form sozialer Rechte bringt die Stellung des Bürgers im sozialen Rechtsstaat angemessen zum Ausdruck. Sie soll deutlich machen, daß das Sozialrecht nicht von abstrakten sozialpolitischen Zielen, sondern von den Bedürfnissen des einzelnen bestimmt ist.“⁸

In dieser Begründung wurde die fundamentale Neuausrichtung sozialer Rechte nachgezeichnet, die das Bundesverwaltungsgericht 1954 in seinem berühmten Fürsorge-Urteil vollzogen hatte. Der noch aus dem preußischen Recht stammende

„Grundsatz [...], daß die damals als Armenpflege bezeichnete Fürsorge dem Bedürftigen lediglich aus Gründen der öffentlichen Ordnung, nicht aber um seiner selbst willen zu gewährleisten sei“

widerspreche der auf dem Grundsatz der Menschenwürde aufbauenden Verfassungsordnung. Nach diesem verfassungsrechtlichen „Leitgedanken“ sei das

⁸ BT-Drucks. VI/3764, 17.

„Fürsorgerecht dahin auszulegen, daß die Rechtspflicht zur Fürsorge deren Träger gegenüber dem Bedürftigen obliegt und dieser einen entsprechenden Rechtsanspruch hat.“⁹

Das war seinerzeit eine radikale Kehrtwende im Staat-Bürger-Verhältnis. Es beendete die Perspektive auf den Staatsbürger als Untertanen, der soziale Rechte gnadenhalber von der Obrigkeit erhielt, aber keine eigenen Rechtsansprüche und schon gar keine Mitspracherechte hatte.¹⁰ Das Wunsch- und Wahlrecht ist insoweit ein zentraler Baustein eines freiheitlichen Sozialstaats, das den Einzelnen nicht als Objekt obrigkeitlicher Behandlung ansieht, sondern als autonomes Subjekt, das auch in komplexen gesundheitlichen Krisensituationen in der Lage ist, eigene Entscheidungen zu treffen oder eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, wer seine Angelegenheit besorgt, wenn er dazu selbst nicht mehr in der Lage ist.

Die erstmalige einfach-rechtliche Normierung des Wunsch- und Wahlrechts wurde dementsprechend explizit auch verfassungsrechtlich fundiert:

„Die Achtung vor der Menschenwürde und der Freiheit des einzelnen, der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und das Ziel, so leistungsfähig wie möglich zu arbeiten, gebieten der Sozialverwaltung, im Interesse der berechtigten und verpflichteten Bürger auf die Umstände des Einzelfalls Rücksicht zu nehmen, sofern und soweit das Gesetz einen Handlungsspielraum läßt.“¹¹

Die Fundierung des Wunsch- und Wahlrechts in der Menschenwürde wird namentlich im Pflegeversicherungsrecht aufgegriffen. Gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 SGB XI sollen die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Ausfluss dieser Selbstbestimmtheit ist das in § 2 Abs. 2 S. 1 SGB XI normierte Recht der Pflegebedürftigen, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen zu können. Gleichsinnig normiert § 8 Abs. 1 S. 1 SGB IX für das Rehabilitations- und Teilhaberecht, dass bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen wird.

bb) Das Wunsch- und Wahlrecht im verfassungs- und völkerrechtlichen Kontext

Die im einfachen Recht angelegte verfassungsrechtliche Fundierung des Wunsch- und Wahlrechts von Sozialleistungsberechtigten lässt sich auf die Rechtsprechung des Bundesverfas-

⁹ Beide Zitate aus BVerwGE 1, 159 (160f.).

¹⁰ Hauer, Die „Fürsorge-Entscheidung“ des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwGE 1, 159) aus rechtshistorischer Sicht, 2020, S. 133ff.

¹¹ BT-Drucks. VI/3764, 23.

sungsgerichts zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) zurückführen. Dieses sichert

„jedem Einzelnen einen autonomen Bereich privater Lebensgestaltung, in dem er seine Individualität entwickeln und wahren kann.“¹²

Als Recht auf Selbstbestimmung verbürgt das allgemeine Persönlichkeitsrecht damit auch die Freiheit des Einzelnen, „über den Umgang mit seiner Gesundheit nach eigenem Gutdünken zu entscheiden.“¹³ Zu diesem gesundheitsbezogenen Selbstbestimmungsrecht zählt nicht nur die Entscheidung, ob man sich behandeln und pflegen lassen möchte, sondern auch, wo dies geschieht. Das verfassungsrechtliche Konzept der Autonomie des Einzelnen gilt damit auch und gerade im Bereich der sozialen Rechte.

Insoweit besteht eine besondere Schutzbedürftigkeit von Menschen mit Behinderung, die über das ohnehin schon verfassungsrechtlich verbürgte Diskriminierungsverbot in Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG hinausgeht. Das von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte „Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) betont bereits in seiner Präambel „wie wichtig die individuelle Autonomie und Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderungen ist, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ und setzt an die Spitze der allgemeinen Grundsätze der Konvention „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit“ (Art. 3 lit. a) UN-BRK).

Auch wenn die Normen des universellen Völkervertragsrechts im innerstaatlichen Recht nicht unmittelbar anwendbar sind, beeinflussen sie – jenseits ihrer völkerrechtlichen Verbindlichkeit – die Auslegung des innerstaatlichen Rechts. Das Grundgesetz versteht sich als völkerrechtsfreundliche Rechtsordnung, die grundsätzlich eine völkerrechtskonforme Auslegung und Anwendung ihrer Normen verlangt.¹⁴ Dies gilt auch für die Grundrechte des Grundgesetzes. Dementsprechend hat das Bundesverfassungsgericht angenommen, dass auch die „UN-Behindertenrechtskonvention [...] als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden kann“¹⁵.

¹² BVerfGE 79, 256 (268); 117, 202 (225); 141, 186 (201).

¹³ BVerfGE 142, 313 (339); *Kingreen/Poscher*, Grundrechte. Staatsrecht II, 36. Aufl. 2020, Rn. 442 f.

¹⁴ BVerfGE 58, 1 (34); 59, 63 (89).

¹⁵ BVerfGE 128, 282 (306).

Die Autonomie in allen die Gesundheit betreffenden Angelegenheiten gehört daher zum Kernbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Zu ihr gehört gerade in gesundheitlichen Krisensituationen die Entscheidung über den eigenen Aufenthalt. Denn diese bestimmt über das soziale Umfeld, das den Umgang mit dieser Herausforderung begleitet. Dementsprechend garantiert Art. 19 UN-BRK das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, wozu nach lit. a) auch gehört „ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.“

Wenn daher dem Wunsch eines Versicherten, die außerklinische Intensivpflege nicht in einer stationären Einrichtung, sondern im privaten Umfeld (§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V) zu erhalten, nicht entsprochen wird, so liegt darin nicht nur eine Beeinträchtigung des einfachrechtlich in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V garantierten Wunsch- und Wahlrechts, sondern zugleich auch ein Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsgrundrecht des Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Ein solcher Eingriff kann selbstverständlich gerechtfertigt werden, insbesondere wenn der gewünschte Leistungsort „schon dem Grunde nach, also auch nach Nachbesserungsmaßnahmen, vollkommen ungeeignet ist, dem Therapieziel gerecht werdende Pflege zu erbringen.“¹⁶ Der Grundrechtseingriff löst aber, worauf im Folgenden näher einzugehen sein wird, mit der Notwendigkeit verfassungsrechtlicher Rechtfertigung zugleich den Parlamentsvorbehalt aus.

b) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Eingriffen in das Wunsch- und Wahlrecht

aa) Der Parlamentsvorbehalt

Für die Rechtfertigung von Eingriffen in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG gelten die Schranken des Art. 2 Abs. 1 GG, insbesondere diejenige der verfassungsmäßigen Ordnung.¹⁷ Der Eingriff bedarf daher einer hinreichend konkreten gesetzlichen Grundlage.

Dieser sog. Parlamentsvorbehalt verlangt, dass

„staatliches Handeln in bestimmten grundlegenden Bereichen durch förmliches Gesetz legitimiert wird“¹⁸

¹⁶ Padé, in: Engelmann/Schlegel (Hrsg.), Juris-PK SGB V, § 37c [2021] Rn. 52.

¹⁷ BVerfGE 106, 28 (48); 117, 202 (227).

¹⁸ BVerfGE 98, 218 (251).

und verpflichtet daher den Gesetzgeber,

„in grundlegenden normativen Bereichen, zumal im Bereich der Grundrechtsausübung, soweit diese staatlicher Regelung zugänglich ist, alle wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen.“¹⁹

Aus der Verpflichtung zur Selbstentscheidung folgt das Verbot der Übertragung wesentlicher Entscheidungen auf die Exekutive: Das Parlament darf die wesentlichen Entscheidungen

„nicht dem Handeln und der Entscheidungsmacht der Exekutive“²⁰

überlassen.

Der Parlamentsvorbehalt stellt damit

„sicher, dass die Grenzen zwischen zulässigem und unzulässigem Grundrechtsgebrauch, zwischen zulässiger und unzulässiger Grundrechtseinschränkung nicht fallweise nach beliebiger Einschätzung von beliebigen Behörden oder Gerichten, sondern primär – in der Form eines allgemeinen Gesetzes – durch den Gesetzgeber gezogen werden.“²¹

Das Bundesverfassungsgericht verknüpft den Parlamentsvorbehalt explizit auch mit der Ermöglichung von Partizipation. Dem Parlamentsgesetz kommt nämlich

„gegenüber dem bloßen Verwaltungshandeln die unmittelbarere demokratische Legitimation zu, und das parlamentarische Verfahren gewährleistet ein höheres Maß an Öffentlichkeit der Auseinandersetzung und Entscheidungssuche und damit auch größere Möglichkeiten eines Ausgleichs widerstreitender Interessen.“²²

Der Parlamentsvorbehalt soll daher ein Verfahren gewährleisten,

„das sich durch Transparenz auszeichnet [...] und [...] den Betroffenen [...] Gelegenheit bietet, ihre Auffassungen auszubilden und zu vertreten.“²³

Der Parlamentsvorbehalt ist allerdings kein parlamentsbezogener Totalvorbehalt.²⁴ In dynamischen, dem technischen Wandel unterworfenen Bereichen kann und muss er die Detailsteuerung der Exekutive überlassen, die die gesetzgeberischen Vorgaben durch Rechtsverordnungen, Verwaltungsvorschriften etc. konkretisiert. Auch bei fachmedizinischen Fragestellungen der Qualitätssicherung und Methodenbewertung sind flexible untergesetzliche Regelungsstrukturen unerlässlich.

¹⁹ BVerfGE 61, 260 (275); 88, 103 (116).

²⁰ BVerfGE 83, 130 (142); 116, 24 (58).

²¹ BVerfGE 133, 112 (132).

²² BVerfGE 40, 237 (249).

²³ BVerfGE 95, 267 (307f.); vgl. bereits BVerfGE 85, 386 (403).

²⁴ BVerfGE 68, 1 (109).

bb) Verfassungsrechtliche Legitimation der untergesetzlichen Konkretisierung durch Richtlinien des G-BA

Die Besonderheit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht darin, dass die untergesetzliche Rechtsnormkonkretisierung nicht durch Behörden der unmittelbaren Staatsverwaltung insbesondere in Gestalt von Rechtsverordnungen erfolgt, sondern durch Richtlinien des G-BA, dem Zentralorgan der Gemeinsamen Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Vertragsärzten und Krankenhäusern (§§ 91-92 SGB V). Diese untergesetzliche Konkretisierung des Leistungs- und des Leistungserbringungsrechts ist umstritten, seitdem das Bundessozialgericht im sog. Methadon-Urteil vom 20.03.1996²⁵ die bisherige Einordnung der Richtlinien als Verwaltungsbinnenrecht zugunsten ihrer außerrechtlichen Verbindlichkeit aufgegeben hat.²⁶ Dabei geht es vor allem um die Frage, ob der G-BA für die allgemeinverbindliche Rechtsetzung i. S. v. Art. 20 Abs. 2 GG hinreichend personell demokratisch legitimiert ist, insbesondere soweit es um Normadressaten geht, die nicht mit Entscheidungsbefugnissen im G-BA vertreten sind.²⁷ Dazu gehören neben den nichtärztlichen Leistungserbringern namentlich auch die Versicherten. Als sog. Außenseitern droht ihnen die Gefahr einer Fremdbestimmung, die in einem gewissen Spannungsverhältnis zu dem grundlegenden Anliegen steht, die Selbstbestimmung der Versicherten auch im Gesundheitswesen zu stärken.

Die Diskussion über die verfassungsrechtliche Legitimation des G-BA und seiner Richtlinien wird zwar seit vielen Jahren geführt.²⁸ Sie muss aber an dieser Stelle nicht in den Einzelheiten behandelt werden, zumal sie sich – worauf nachfolgend noch näher einzugehen sein wird – nicht gegen die Institution des G-BA und seine anerkannten und unverzichtbaren Funktionen für die Qualitätssicherung richten. Es ist damit dem Grunde nach auch verfassungsrechtlich nicht umstritten, dass der G-BA den Leistungsanspruch des Versicherten nach § 37c SGB V konkretisieren darf.

Dennoch steuert das dem Grundgesetz zugrunde liegende Modell demokratischer Legitimation die Frage, welche Befugnisse der G-BA bei der Konkretisierung sozialrechtlicher Leistungsansprüche wie § 37c SGB V hat.

²⁵ BSGE 78, 70; dazu noch unten 2.

²⁶ Dazu näher unten 2.

²⁷ Vgl. zum Meinungsstand *Schmidt-De Caluwe*, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl. 2020, § 92 Rn. 7ff.

²⁸ Vgl. schon *Kingreen*, NJW 2006, 877ff.

Gemäß Art. 20 Abs. 2 S. 1 GG geht alle Staatsgewalt vom Volke aus. Das Volk ist damit alleiniger Inhaber der Staatsgewalt:

„Alles amtliche Handeln mit Entscheidungscharakter bedarf nach dem Demokratieprinzip (Art. 20 Abs. 2 GG) der demokratischen Legitimation. Es muss sich auf den Willen des Volkes zurückführen lassen und ihm gegenüber verantwortet werden.“²⁹

Das Volk übt diese Staatsgewalt nach Art. 20 Abs. 2 S. 2 Hs. 1 GG unmittelbar durch Wahlen und Abstimmungen aus und nach Art. 20 Abs. 2 S. 2 Hs. 2 GG mittelbar durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung. Die Innehabung der Staatsgewalt und deren Ausübung fallen damit regelmäßig auseinander, da das Volk die Staatsgewalt nur punktuell durch Wahlen und Abstimmungen selbst ausüben kann. Aus diesem Grunde bedarf es eines Legitimation stiftenden „Zurechnungszusammenhangs“³⁰ zwischen dem Volk und diesen besonderen Organen. Dieser wird vorrangig durch das Parlament und die Parlamentsgesetze realisiert, denn das Volk wählt lediglich die besonderen Organe der Gesetzgebung (und nicht auch diejenigen der beiden anderen Gewalten). Daher bilden die sachlich-inhaltliche Legitimation durch das Parlamentsgesetz und die unmittelbar auf den Volkswillen zurückzuführende personell-organisatorische Legitimation der gewählten Abgeordneten das Gerüst des verfassungsrechtlichen Modells demokratischer Legitimation:

„Ein Amtsträger ist personell uneingeschränkt legitimiert, wenn er sein Amt im Wege einer Wahl durch das Volk oder das Parlament oder durch einen seinerseits personell legitimierten Amtsträger oder mit dessen Zustimmung erhalten hat. Sachlich-inhaltliche Legitimation wird durch die Bindung an das Gesetz sowie durch Aufsicht und Weisung übergeordneter staatlicher Stellen vermittelt.“³¹

Die personell-organisatorische Legitimation wird auch im Bereich der Exekutive durch eine ununterbrochene Legitimationskette vom Volk zu dem mit staatlichen Aufgaben betrauten Organen und Amtswaltern erzeugt.³² Jeder Amtswalter muss daher sein Amt durch einen seinerseits personell legitimierten Amtsträger oder mit dessen Zustimmung erhalten haben (personelle Komponente); zugleich muss der Aufgabenbereich festgelegt werden, innerhalb dessen sein Handeln legitimiert ist (organisatorische Komponente).³³

²⁹ BVerfGE 130, 76 (123).

³⁰ BVerfGE 130, 76 (123); 135, 155 (221); 136, 194 (261).

³¹ BVerfGE 135, 155 (223); vgl. bereits 83, 60 (72); 130, 76 (123).

³² BVerfGE 83, 60 (73).

³³ Grundlegend: Böckenförde, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. II, 3. Aufl. 2004, § 24 Rn. 16ff.

Das Bundesverfassungsgericht greift dieses Zusammenwirken sachlich-inhaltlicher und personell-organisatorischer Elemente auch in seiner Entscheidung zur Frage der demokratischen Legitimation des G-BA auf. Es hält die daran geäußerten Zweifel zwar für „durchaus gewichtig“, betont aber zugleich, dass nicht die Verfassungsmäßigkeit der Institution als solche, sondern allenfalls einzelne seiner Richtlinien in Frage stehe. Um die Verfassungsmäßigkeit einer Richtlinie im Einzelfall beurteilen zu können bedürfe es konkreter Ausführungen

„zur Ausgestaltung der in Rede stehenden Befugnis, zum Gehalt der Richtlinie und zur Reichweite der Regelung auf an ihrer Entstehung Beteiligten oder auch unbeteiligte Dritte. Denn es ist nicht ausgeschlossen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für eine Richtlinie hinreichende Legitimation besitzt, wenn sie zum Beispiel nur an der Regelsetzung Beteiligte mit geringer Intensität trifft, während sie für eine andere seiner Normen fehlen kann, wenn sie zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht mitwirken konnten. *Maßgeblich ist hierfür insbesondere, inwieweit der Ausschuss für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist.*“³⁴

Dieser letzte, hier besonders hervorgehobene Satz ist für den vorliegenden Zusammenhang von erheblicher Bedeutung. Er erklärt sich aus der Logik des bundesverfassungsgerichtlichen Modells demokratischer Legitimation, in dem personelle und sachliche Elemente einander ergänzen und Defizite auch wechselseitig kompensieren können. Es besteht m.a.W. eine Wechselwirkung zwischen personeller und sachlicher Legitimation, die einander wie kommunizierende Röhren ergänzen. Entscheidend ist stets, dass ein verfassungsrechtlich hinreichendes Legitimationsniveau erreicht wird:

„Personelle und sachlich-inhaltliche Legitimation stehen in einem wechselbezüglichen Verhältnis derart, dass eine verminderte Legitimation über den einen Strang durch verstärkte Legitimation über den anderen ausgeglichen werden kann, sofern insgesamt ein bestimmtes Legitimationsniveau erreicht wird.“³⁵

Die personelle Legitimation des G-BA ist im Verhältnis zu nichtärztlichen Leistungserbringern und Versicherten fragwürdig, aber jedenfalls vermindert. Aus eben diesem Grunde muss sie durch eine verstärkte sachliche Legitimation durch das Gesetz und die Gesetzesbindung kompensiert werden. Der Parlamentsvorbehalt spielt daher eine herausgehobene Rolle, weil er die sachliche Legitimation der Richtlinien durch das Parlamentsgesetz sichert.

Die Verfassungsmäßigkeit eines in der Versagung des Wunsch- und Wahlrechts liegenden Eingriffs in das allgemeine Persönlichkeitsrecht hängt daher maßgeblich davon ab, dass die

³⁴ BVerfG, NJW 2016, 1505 (1507); Hervorhebung nur hier.

³⁵ BVerfGE 130, 76 (124).

gesetzlichen Vorgaben für den G-BA hinreichend konkret sind und dass diese Vorgaben auch akribisch beachtet werden. Gerade wegen der schwächer ausgeprägten personellen demokratischen Legitimation des G-BA ist also die sachliche Legitimation durch das Parlamentsgesetz im durch Richtlinien konkretisierten Krankenversicherungsrecht von einer wesentlich größeren Bedeutung als beim Vollzug der Gesetze durch Staatsbehörden, deren personelle Legitimation anders als beim G-BA auf das Gesamtvolk zurückgeführt werden kann.³⁶

Das leitet über zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Funktionen und Grenzen der Rechtsnormkonkretisierung durch den G-BA.

2. Grund und Grenzen der Rechtsnormkonkretisierung durch den G-BA

a) Das sog. Rechtskonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts

Die im 3. Abschnitt des Sozialgesetzbuchs V aufgeführten Anspruchsgrundlagen (§§ 20ff. SGB V, insbesondere die bei Krankheit einschlägigen §§ 27ff. SGB V, begründen nach Meinung des Bundessozialgerichts keine Leistungsrechte im Vollsinn, sondern sind ausfüllungsbedürftige Rahmenrechte.³⁷ Das Gesetz beschränkt sich insoweit weitgehend auf die allgemeinen Vorgaben, dass die Leistungen dem „Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) entsprechen und „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V) sein müssen.

Die Richtlinien des G-BA sind in diesem auf das Bundessozialgericht zurückgehenden sog. Rechtskonkretisierungskonzept³⁸ die wichtigste Rechtsquelle. Sie verdichten das gesetzliche Rahmenrecht zum durchsetzbaren Einzelanspruch³⁹ und vermitteln zugleich den „unmittelbar sachlogischen Zusammenhang“⁴⁰ zwischen Leistungs- und Leistungserbringungsrecht: Denn der Umfang der zu gewährenden Krankenversorgung kann im Verhältnis der Versicherten zu den Krankenkassen kein anderer sein als im Verhältnis der Leistungserbringer zu den Krankenkassen. Die Richtlinien haben also die Funktion, die Verpflichtung der Leistungserbringer zu einer medizinisch ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlungs- und Ordnungsweise mit den Ansprüchen der Versicherten zu koordinieren. Sie sind aus diesem Grunde nach § 91 Abs. 6 SGB V für alle Beteiligten (Versicherte, Krankenkassen, Leistungser-

³⁶ Zur demokratischen Legitimation der unmittelbaren Staatsverwaltung BVerfGE 83, 60 (73); *Böckenförde*, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. II, 3. Aufl. 2004, § 24 Rn. 16ff.

³⁷ BSGE 73, 271 (279ff.); 78, 70 (75ff.); 81, 54 (59ff.); 81, 73 (76ff.).

³⁸ S. zur Genealogie der BSG-Rechtsprechung *Kingreen*, ZMGR 2010, 216 (217ff.).

³⁹ BSGE 81, 54 (61).

⁴⁰ BSGE 78, 70 (77).

bringer) verbindliches außenwirksames Recht. Leistungen, die in den Richtlinien nicht anerkannt sind, darf der Leistungserbringer daher nicht erbringen und der Versicherte grundsätzlich nicht beanspruchen.⁴¹

b) Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung

Die Richtlinien des G-BA sind sowohl der Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit (§ 94 SGB V) als auch sozialgerichtlicher Kontrolle unterworfen. Bestandteil der aufsichts- und sozialgerichtlichen Kontrolle ist insbesondere auch die Prüfung, ob der G-BA die Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung eingehalten hat. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist das ein zentrales Element des Kontrollprogramms, weil durch die parlamentsgesetzliche Steuerung die abgeschwächte personelle Legitimation des G-BA im Verhältnis zu Außenseitern kompensiert wird bzw. werden soll. Aus dem reichhaltigen Fallrecht kann man unterscheiden zwischen Fällen, in denen der G-BA über die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen disponiert hat und solchen, in denen er prozedurale Zusatzhürden für die Leistungsanspruchnahme errichtet hat:

aa) Unzulässige Disposition über Anspruchsvoraussetzungen

Beispielsweise hat das Bundessozialgericht Bestimmungen in den Arzneimittel-Richtlinien für rechtlich unerheblich erklärt, die „Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion“ sowie „Mittel, die der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz dienen“, von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausschließen wollten. Das Bundessozialgericht sah darin eine Überschreitung der gesetzlichen Ermächtigung, weil allein dem Gesetzgeber die Entscheidung darüber obliege,

„ob er die Behandlung von Gesundheitsstörungen, die nach der herkömmlichen Begriffsbestimmung als ‚Krankheit‘ im Sinne des § 27 Abs 1 SGB V zu verstehen sind, auf Kosten der solidarisch haftenden Versichertengemeinschaft deshalb untersagen will, weil die Wirtschaftlichkeit der Verordnung nicht überprüfbar ist.“⁴²

Die Regelung war also rechtswidrig, weil der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit dem Ausschluss des Arzneimittels zugleich über die Anspruchsvoraussetzung des Vorliegens einer Krankheit disponiert hatte.

⁴¹ Dazu und zu den Ausnahmen *Becker/Kingreen*, in: *Becker/Kingreen* (Hrsg.), *SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung*, 7. Aufl. 2020, § 11 Rn. 21.

⁴² BSG, Urt. v. 30.09.1999, B 8 KN 9/98 KR R, Rn. 62 (juris).

Kurze Zeit später hat das Bundessozialgericht etwa auch den Ausschluss einer bestimmten Methode der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V) durch die Richtlinien für unerheblich erklärt, weil sich der Regelungsauftrag des (seinerzeitigen) Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen auf eine Konkretisierung der gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen beschränke.⁴³

In mehreren Entscheidungen hat das Bundessozialgericht zudem die Regelungsbefugnisse des G-BA im Bereich der häuslichen Krankenpflege hervorgehoben. Gegenstand einer 2005 ergangenen Entscheidung war der Fall einer schwerstpflegebedürftigen Klägerin, der vom Hausarzt häusliche Krankenpflege in Form von täglichen Bewegungsübungen verordnet worden war. Die beklagte Krankenkasse lehnte die Übernahme der Leistung u. a. mit der Begründung ab, dass die Bewegungsübungen in den sog. HKP-Richtlinien nicht als Bestandteil der Behandlungspflege aufgeführt seien. Das Bundessozialgericht hat dem widersprochen. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V räume dem Bundesausschuss keine Ermächtigung ein, den Leistungsumfang der häuslichen Krankenpflege abschließend festzulegen. Daher könnten die HKP-Richtlinien keine Exklusivität beanspruchen. Der gesetzgeberische Auftrag an den Bundesausschuss beschränke sich gemäß dem Wesen von Richtlinien auf die Konkretisierung und Interpretation des Wirtschaftlichkeitsgebotes für die Regelfälle der häuslichen Krankenpflege:

„Für eine Ausgrenzung notwendiger Leistungen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen, ihre Zuweisung zum Aufgabenbereich der Pflegekassen oder in die Eigenverantwortung der Versicherten (dh Selbstbeteiligung [...]) – wie es die Beklagte sieht – hat der Bundesausschuss keine Ermächtigung.“⁴⁴

In einem ähnlichen Fall zur häuslichen Krankenpflege hat das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung zur Maßstäblichkeit der gesetzlichen Ermächtigung in den beiden aufgeführten Fällen wie folgt zusammengefasst:

„Ein Ausschluss der im Einzelfall gebotenen Krankenbeobachtung aus dem Katalog der verordnungsfähigen Leistungen verstößt [...] gegen höherrangiges Recht. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt ist, den Begriff der Krankheit in § 27 Abs 1 SGB V hinsichtlich seines Inhalts und seiner Grenzen zu bestimmen (BSGE 85, 36 [...]), ist er befugt, medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszunehmen, wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 17. März 2005 - B 3 KR 35/04 R [...]). Die HKP-Richtlinien binden die Gerichte insoweit nicht.“⁴⁵

⁴³ BSG, Urt. v. 03.04.2001, B 1 KR 40/00 R, Rn. 10 (juris).

⁴⁴ BSG, Urt. v. 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23 (juris).

⁴⁵ BSG, Urt. v. 10.11.2005, B 3 KR 38/04 R, Rn. 19 (juris).

bb) Unzulässige prozedurale Zusatzhürden für die Inanspruchnahme von Leistungen

Im hiesigen Kontext besonders interessant sind Fälle, in denen der G-BA versucht hat, über das Gesetz hinausgehende prozedurale Hürden für die Inanspruchnahme von Leistungen zu regeln.

(1) Gesetzlich nicht vorgesehener Genehmigungsvorbehalt

Das Bundessozialgericht hatte sich beispielsweise in einer 2012 ergangenen Entscheidung mit einer Norm der Krankentransport-Richtlinie zu befassen, die vorsah, dass die Krankenkassen Krankentransporte i.S.v. § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V („Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist“) zu genehmigen hatten.

§ 60 SGB V enthielt zwar für einzelne Beförderungsfälle einen Genehmigungsvorbehalt, aber nicht für diesen. Das Bundessozialgericht hat daher die entsprechende Norm der Krankentransport-Richtlinie wegen Verstoßes gegen die gesetzliche Ermächtigungsnorm für rechtswidrig erklärt:

„Der GBA und die Beklagte sind also zu Unrecht der Auffassung, dass die Genehmigungspflicht gemäß § 60 Abs 1 S 3 SGB V auch für KTW-Transporte nach § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V gilt. Die diese Rechtsauffassung umsetzende Regelung in § 6 Abs. 3 S. 1 Krankentransport-RL ist mangels Ermächtigungsnorm rechtswidrig (so auch Hasfeld in juris-PK, SGB V, § 60 RdNr 64; Kingreen in Becker/Kingreen, SGB V, 2. Aufl 2010, § 60 RdNr 19; Höfler in Kasseler Kommentar, SGB V, § 60 RdNr 19; Krauskopf/Baier, SGB V, § 60 RdNr 19; Hauck/Gerlach, SGB V, § 60 RdNr 24a; aA Kruse in Hänlein/Kruse/Schuler, LKP-SGB V, 4. Aufl 2012, § 60 RdNr 3).“⁴⁶

Das ist eine unmissverständliche Aussage: Ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsnorm kann untergesetzlich kein Genehmigungserfordernis geregelt werden. Der Gesetzgeber hat im Anschluss daran eine ausdrückliche Genehmigungspflicht auch für Krankentransporte ins Gesetz aufgenommen (§ 60 Abs. 1 S. 4 SGB V).

(2) Gesetzlich nicht vorgesehener Verordnungsvorbehalt

In einem weiteren Fall ging es um die Frage, ob der G-BA eigenständig ein zusätzliches Erfordernis einer ärztlichen Verordnung im Bereich der Versorgung mit Sehhilfen einführen durfte. Gemäß § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet ha-

⁴⁶ BSG, Urt. v. 12.09.2012, B 3 KR 17/11 R, Rn. 28 (juris).

ben, Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen. Der G-BA meinte aus der Wendung „verordneter Fernkorrekturausgleich“ schließen zu können, dass dieser Leistungsanspruch generell eine ärztliche Verordnung voraussetzt, also auch bei Folgeverordnungen, obwohl nach § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V eine Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.⁴⁷

Das Bundesministerium für Gesundheit hat diese Regelung zu Recht beanstandet, weil sie nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt war.⁴⁸

3. Prüfung der Rechtmäßigkeit des Richtlinien-Entwurfs

Als Ausgangspunkt für die Prüfung der Rechtmäßigkeit von Einzelbestimmungen des Entwurfs einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (RL-E) kann damit festgehalten werden: Entscheidungen der Krankenkassen, die das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten hinsichtlich des Orts der Leistungsanspruchnahme nicht berücksichtigen, sind Eingriffe in das allgemeine Persönlichkeitsgrundrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) und bedürfen daher einer hinreichenden gesetzlichen Ermächtigung, die maßgebend ist auch für die Rechtskonkretisierung durch den G-BA. Die Kontrolle, ob der G-BA die Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung eingehalten hat, muss besonders strikt durchgeführt werden, weil die sachliche Legitimation erzeugende Gesetzesbindung die abgeschwächte personelle Legitimation des G-BA im Verhältnis zu den dort nicht vertretenen Versicherten kompensieren muss.

a) Der Referentenentwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG)

Die Regelungsinhalte des Richtlinienentwurfs stehen im Kontext eines ersten Referentenentwurfs eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG) aus dem August 2019.⁴⁹ Dieser sah bereits die Schaffung eines neuen § 37c SGB V vor (= § 37c SGB V-E), der in seinen hier

⁴⁷ Dazu kritisch *Kingreen*, *GewA* 2017, 257ff. sowie *Lungstras*, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), *SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung*, 7. Aufl. 2020, § 33 Rn. 62.

⁴⁸ Vgl. dazu zunächst das Schreiben des BMG an den G-BA v. 23. 8. 2017 (www.g-ba.de/downloads/40-268-4535/2017-07-20_HilfsM-RL_Sehhilfen-Erwachsene_BMG.pdf), sodann die Antwort des G-BA an das BMG v. 30. 11. 2017 (www.g-ba.de/downloads/40-268-4709/2017-07-20_HilfsM-RL_Sehhilfen-Erwachsene_G-BA.pdf) und schließlich die formale Beanstandung durch das BMG v. 4. 1. 2018 (www.g-ba.de/downloads/40-268-4738/2017-07-20_HilfsM-RL_Sehhilfen-Erwachsene_BMG2.pdf).

⁴⁹ S. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/risg.html> (im Folgenden: Referentenentwurf).

allein relevanten Absätzen 1 und 2 hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechts deutlich andere Gewichtungen vornahm als dies die nunmehr beschlossene Gesetzesfassung vorsieht:

37c Außerklinische Intensivpflege

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt. Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. Juni 2020 den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials.

(2) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1. Wenn die Pflege in einer Einrichtung nach Satz 1 nicht möglich oder nicht zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen; bei Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Pflege außerhalb des eigenen Haushalts oder der Familie in der Regel nicht zumutbar. Bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gilt die Unterbringung in einer Einrichtung nach Satz 3 auch für solche Versicherte als nicht zumutbar, die am ... [einfügen: Tag des Inkrafttretens] Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in ihrem Haushalt, in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort bereits in Anspruch genommen haben.

Die Vorschlag sah also noch kein einfach-rechtliches Wunsch- und Wahlrecht vor. Zudem enthielt er anders als der später Gesetz gewordene § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V eine Hierarchie der Orte, an denen der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege zu erfüllen war. Nach § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V-E sollte der Anspruch grundsätzlich außerhalb des privaten Umfeld in stationären Einrichtungen erfüllt werden, im Haushalt oder in der Familie eines erwachsenen Versicherten aber nur, wenn eine stationäre Unterbringung nicht möglich oder nicht zumutbar war. Damit blieb er hinter der bisherigen Regelung in § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V zurück, der keine Abstufung zwischen stationären und privat-familiären Orten enthielt.

Die Begründung des Referentenentwurfs für § 37c Abs. 2 SGB V-E paraphrasiert im Wesentlichen nur den Regelungsvorschlag. Auch im Übrigen findet man außer allgemeinen Hinweisen zur „Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege“⁵⁰ im Kontext der Beatmungsentwöhnung keinen Hinweis darauf, warum die Leistungen nicht ebenso gut von qualifizierten Fachkräften im häuslich-familiären Umfeld erbracht werden können sollen. Im Gegenteil wird sogar konzediert, dass die „abrupte Verlegung in ein neues Umfeld eine besondere Härte“⁵¹ darstelle.

Der Regelungsvorschlag in § 37c Abs. 2 SGB V-E ist zwar namentlich vom GKV-Spitzenverband und vom AOK-Bundesverband begrüßt worden; auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ihn nicht grundsätzlich kritisiert, wenn sie auch vor „Zwangshospitalisierungen“ warnt. Er ist aber von Patientenverbänden und Fachgesellschaften aber wegen der unangemessenen Zurückstellung von Patientenwünschen verbreitet abgelehnt worden ist.⁵² Dieses Meinungsspektrum ist deshalb bemerkenswert, weil die den G-BA maßgeblich tragenden Organisationen (§ 91 SGB V) den Vorrang der stationären Intensivpflege grundsätzlich begrüßt haben, während er von denjenigen Organisationen abgelehnt wurde, die keine Gestaltungs- und Stimmrechte im G-BA haben. Hier zeigt sich exemplarisch die Problematik defizitärer personeller Legitimation des G-BA, die sich für die dort nicht vertretenen Gruppen als Fremdverwaltung ihrer eigenen Angelegenheiten darstellt.

Aufgrund der erheblichen Kritik aus den Patientenverbänden und Fachgesellschaften ist der Referentenentwurf in den hier maßgeblichen Inhalten erheblich entschärft worden. Es ist keine Hierarchie der Leistungsorte mehr vorgesehen (§ 37c Abs. 2 S. 1 SGB V) und das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist in §37c Abs. 2 S. 2 SGB V explizit normiert worden. Im parlamentarischen Gesetzgebungsprozess wurde also die Kritik derjenigen Verbände aufgegriffen, die im G-BA nicht vertreten sind. Hingegen konnten sich die im G-BA vertretenen Organisationen gerade nicht mit dem Anliegen der Nachrangigkeit der häuslich-familiären Intensivpflege durchsetzen. Da nun aber ausgerechnet und nur ihnen im G-BA die Kompetenz zugewiesen ist, den Leistungsanspruch untergesetzlich zu konkretisieren, lässt es sich jeden-

⁵⁰ Referentenentwurf, S. 22.

⁵¹ Referentenentwurf, S. 22.

⁵² Vgl. einerseits die Stellungnahmen des AOK-Bundesverbands, S. 9, des GKV-Spitzenverbands, S. 12fff. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, S. 6; andererseits nur beispielhaft die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft Patientenschutz, S. 4ff., Nachweise aller Stellungnahmen finden sich unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refer/risg.html>; vgl. zur Kritik auch *Arndt*, GesR 2020, 564 (564).

falls nicht ausschließen, dass der parlamentsgesetzliche Anspruch der ebenfalls nicht im G-BA mit Stimmrechten vertretenen Versicherten durch untergesetzliche Regelungen unterhöhlt und damit entwertet wird. Dieses Potenzial zeigt der Richtlinienentwurf, wie nachfolgend näher zu zeigen sein wird, sehr deutlich. Er geht nämlich ausgerechnet bei der Bestimmung des Kreises der verordnenden Vertragsärzte und den Entscheidungskompetenzen der Krankenkassen über das hinaus, was das Gesetz erlaubt.

b) Qualifikation der außerklinische Intensivpflege verordnenden Ärztinnen und Ärzte, § 4

Abs. 1 RL-E

Gemäß § 4 Abs. 1 RL-E darf außerklinische Intensivpflege für beatmungspflichtige und tracheotomierte Versicherte nur von besonders qualifizierten Ärztinnen und Ärzten verordnet werden. Besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte sind Fachärztinnen und Fachärzte

- für Innere Medizin und Pneumologie
- für Anästhesiologie/Anästhesie
- für Neurologie
- mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Neurologie,

soweit diese über theoretische und praktische Kenntnisse im Umgang mit Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), Tracheostoma, Trachealkanülenmanagement, Sekretmanagement, speziellen Hilfsmitteln, Notfallsituationen und Dysphagie verfügen.

Die Beschränkung des Kreises der ordnungsbefugten Vertragsärzte auf den in § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E genannten Kreis von Fachärzte bedeutet eine administrative Hürde beim Zugang zur außerklinischen Intensivpflege, die durch eine gesetzliche Bestimmung gedeckt sein muss. Gesetzlich nicht vorgesehene Verordnungsvorbehalte sind ebenso rechtswidrig⁵³ wie Verordnungsvorbehalte, die über das Gesetz hinausgehende Anforderungen an die Verordnung nichtärztlicher Leistungen aufstellen.

Als Rechtsgrundlage für § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E kommt § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 4 SGB V in Betracht, wonach der G-BA „das Nähere“ zu den Anforderungen an „die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen“ regeln darf. Er knüpft damit an § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V an, wonach die außerklinische Intensivpflege der Ver-

⁵³ Vgl. oben 2. b) bb) (2).

ordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt bedarf, „der oder die für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist“. Ein solcher Verordnungsvorbehalt ist für nichtärztliche Leistungen die Regel; die Verordnung verdichtet den gesetzlichen Leistungsanspruch auf eine konkrete Leistung.

Typologisch ist die Verordnung nach § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und folgt damit auch den allgemeinen vertragsarztrechtlichen Bestimmungen. Das ist deshalb wichtig, weil sich die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1 S. 1 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung gliedert. Vertragsärzte sind dementsprechend sowohl die in § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V aufgezählten Hausärzte als auch die sonstigen Fachärzte im Sinne von § 73 Abs. 1a S. 2 SGB V. Die Differenzierung zwischen Haus- und Fachärzten wird auch in den Regeln über die Willensbildung in den Kassenärztlichen Vereinigungen abgebildet: Gemäß § 79 Abs. 3a S. 1 SGB V stimmen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, und über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. Dementsprechend gibt es nach § 79c S. 1 SGB V bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils einen beratenden Fachausschuss für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.

Wenn daher § 37c Abs. 1 S. 4 und S. 8 Nr. 4 SGB V die Verordnung durch qualifizierte Vertragsärzte fordert, so sind das schon aufgrund des Wortlauts der Norm grundsätzlich sowohl Haus- als auch Fachärzte. Diese Interpretation lässt sich auch durch systematische Auslegung erhärten. Im Sozialgesetzbuch V finden sich nämlich unzählige Bestimmungen des Leistungs- und des Leistungserbringungsrechts, die sich explizit nur auf Fachärzte beziehen (nur beispielhaft: §§ 11 Abs. 4, 27b Abs. 2 S. 2 Nr. 1, 75 Abs. 1a S. 4, 75a Abs. 4 S. 2 Nr. , 87 Abs. 2a S. 1 SGB V). § 73b SGB V enthält zudem mit hausarztzentrierten Versorgung nur Bestimmungen über Haus- und nicht auch über Fachärzte. Aus alledem kann man im Umkehrschluss folgern, dass alle Bestimmungen, die sich nicht nur entweder auf Fach- oder nur auf Hausärzte beziehen, sondern allgemein Vertragsärzte adressieren, stets auf Fach- wie auf Hausärzte anwendbar sind.

Nach § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E sollen hingegen nur bestimmte Fachärzte die Verordnung ausstellen können. Diese Beschränkung auf Fachärzte ist rechtswidrig, denn die Ermächtigungsgrundlage

beschränkt den Kreis der verordnungsberechtigten Vertragsärzte gerade nicht auf Fachärzte. Vertragsärzte i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 4 und S. 8 Nr. 4 SGB V sind daher grundsätzlich auch Hausärzte, wenn sie hinreichend qualifiziert sind. Dem G-BA obliegt es insoweit nur, die Anforderungen an die hinreichende Qualifikation sowohl der Fach- als auch der Hausärzte näher zu konkretisieren; er darf aber nicht an den Status des Arztes anknüpfen, weil das die gesetzliche Vorgabe aushöhlen würde, dass es auch qualifizierte Hausärzte geben kann, die außerklinische Intensivpflege verordnen können.

§ 4 Abs. 1 S. 2 RL-E wäre daher, sollte er so beschlossen werden, rechtswidrig.

c) Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege durch die Krankenkassen, § 8 Abs. 1 und 2 RL-E

Gemäß § 8 Abs. 1 RL-E bedürfen die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst nach § 8 Abs. 2 RL-E im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. Werden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt über die Gründe zu informieren.

aa) Beantragung und Genehmigung von veranlassten Leistungen

Die rechtsdogmatische Einordnung des Genehmigungserfordernisses setzt zunächst eine allgemeine sozialverfahrensrechtliche Vorklärung voraus.

Gemäß § 19 S. 1 SGB IV werden Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, nach dem Recht der Arbeitsförderung sowie in der sozialen Pflegeversicherung auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt. Ein gestellter Antrag verpflichtet den Leistungsträger (also die Krankenkasse) aber nur, ein Verwaltungsverfahren einzuleiten, also die Voraussetzungen für die beantragte Leistung zu prüfen und auf dieser Grundlage einen Verwaltungsakt zu erlassen. Der Antrag ist aber nicht im materiell-rechtlichen Sinne anspruchsbegründend, wenn das nicht, wie etwa im Rentenversicherungsrecht in § 99 SGB VI, explizit normiert ist.⁵⁴ Der materielle krankenversicherungsrechtliche Leistungsanspruch besteht also unabhängig von einem An-

⁵⁴ S. etwa *Stäbler*, in Krauskopf (Begr.), Soziale Krankenversicherung. Pflegeversicherung, § 19 SGB IV [2019] Rn. 6f.

trag des Versicherten. Dementsprechend können auch die meisten veranlassten Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden, ohne dass ein Antrag des Versicherten gestellt werden muss.

Erforderlich ist ein Antrag stets dort, wo die Inanspruchnahme der Leistung eine Genehmigung der Krankenkasse voraussetzt. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können aber, wie die vorstehend zitierte Entscheidung des Bundessozialgerichts zu § 60 Abs. 1 S. 4 SGB V zeigt,⁵⁵ grundsätzlich genehmigungsfrei in Anspruch genommen werden. Es bedarf daher einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung, wenn eine Leistung erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden darf. Das geschieht eher selten, so etwa bei den in den §§ 27a Abs. 3 S. 2, 31 Abs. 6 S. 2, 60 Abs. 1 S. 4 SGB V genannten Leistungen. Ferner gibt es, wie in § 33a Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V, Leistungen, die entweder aufgrund einer ärztlichen Verordnung oder einer Genehmigung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden dürfen. Bisweilen wird auch der G-BA gesetzlich ermächtigt, darüber zu entscheiden, ob es einer Genehmigung bedarf, so etwa im Falle des § 32 Abs. 1a S. 2 SGB V. Die Genehmigung stellt einen Verwaltungsakt im Sinne von § 31 S. 1 SGB X dar.

bb) Gesetzliches oder gesetzlich ermöglichtes Genehmigungserfordernis bei der außerklinischen Intensivpflege?

Die Regelung über die Notwendigkeit einer Genehmigung in § 8 Abs. 1 RL-E wäre daher nur rechtmäßig, wenn entweder § 37c SGB V selbst ein Genehmigungserfordernis enthalten würde oder er den G-BA dazu ermächtigt, ein solches vorzusehen. Das ist aber nicht der Fall:

(1) Zielvereinbarung bzw. Feststellung durch die Krankenkasse, § 37c Abs. 2 S. 3-8 SGB V

Die gesetzlichen Zuständigkeiten der Krankenkasse im Vorfeld der Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege ergeben sich aus § 37c Abs. 2 S. 3-8 SGB V.

Gemäß § 37c Abs. 2 S. 4 SGB V schließt die Krankenkasse eine Zielvereinbarung mit dem Versicherten über Nachbesserungsmaßnahmen am Ort der Leistung im Sinne von § 37c Abs. 2 S. 3 SGB V ab. § 37c Abs. 2 S. 4 SGB V setzt allerdings voraus, dass eine Nachbesserung überhaupt erforderlich ist. § 8 Abs. 1 RL-E sieht hingegen regelhaft eine Genehmigung der Krankenkassen vor und wäre daher von dieser Vorschrift nicht gedeckt.

⁵⁵ S. oben 2. b) bb) (1).

Allerdings trifft die Krankenkasse nach § 37c Abs. 1 S. 6 SGB V auch die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 sowie Abs. 2 S. 1-3 SGB V erfüllt sind; diese Entscheidung trifft sie nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen (§ 37c Abs. 2 S. 7 SGB V). Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 sowie Abs. 2 S. 1-3 SGB V nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung im Sinne von § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V zu einem früheren Zeitpunkt durchführen (§ 37c Abs. 2 S. 8 SGB V). S. 9 der Vorschrift regelt schließlich die Rechtsfolgen für den Fall, dass der Wohnungsinhaber dem Medizinischen Dienst den Zugang zur Wohnung verwehrt.

Die rechtsdogmatische Einordnung der Feststellungsbefugnis der Krankenkasse ist unklar. Dem Wortlaut lässt sich kein Genehmigungserfordernis entnehmen. Hätte der Gesetzgeber eine solche vorsehen wollen, wäre es ein Leichtes gewesen, dies analog zu den erwähnten leistungsrechtlichen Vorschriften zu tun. Im systematischen Umkehrschluss lässt sich daraus folgern, dass hier gerade kein Genehmigungsvorbehalt gelten soll. Die Gesetzesmaterialien sind zwar nicht sonderlich ergiebig, weisen aber gerade deshalb ebenfalls in diese Richtung. Im Referentenentwurf⁵⁶ war ein Genehmigungserfordernis noch gar nicht vorgesehen. Die spätere Begründung des Gesetzentwurfes ist dann zwar sehr ausführlich. Aber sie beschränkt sich weitgehend auf Aussagen zum Verhältnis zwischen der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst und zu dessen Befugnissen bei der Qualitäts- und Abrechnungsprüfung. Der rechtliche Status des Versicherten wird demgegenüber nur insoweit adressiert, als darauf hingewiesen wird, dass es sich bei den Betretungsbefugnissen der Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes um Eingriffe in das Wohnungsgrundrecht (Art. 13 Abs. 1 GG) handelt.⁵⁷

Daraus lässt sich ableiten, dass § 37c Abs. 2 S. 6-8 SGB V nur das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Medizinischem Dienst und zwischen Medizinischem Dienst und Versicherten regelt, soweit es um die grundrechtlich relevanten Betretungsbefugnisse geht. Hingegen wird das Rechtsverhältnis zwischen der Krankenkasse und dem Versicherten in der Gesetzesbegründung nicht näher behandelt. Insbesondere wird nicht geregelt, was die Krankenkasse tun muss, wenn sie feststellt, dass die Voraussetzungen des Absatzes 1 und von Absatz 2 Satz 1-3 erfüllt oder nicht erfüllt sind.

⁵⁶ Zu diesem oben a).

⁵⁷ BT-Drucks. 19/19368, 28 ff.

Die Frage ist im Schrifttum bislang nur von *Christiane Padé* diskutiert worden. Sie kommt zu folgendem überzeugenden Schluss, der sich im Ergebnis mit der hier präferierten Auslegung deckt:

„Nach dem Konzept des Absatzes 2 Sätze 6 und 7 wirkt die **Feststellung auf Dauer**, muss aber mindestens einmal jährlich überprüft werden. Auch wenn der Wortlaut etwas unklar bleibt, ist damit wohl nicht gemeint, dass die Krankenkasse einen feststellenden Bescheid zu den Leistungsvoraussetzungen erlassen soll. Aus dem in § 37c Abs. 2 Satz 7 SGB V geregelten Erfordernis der jährlichen Überprüfung ist nicht zu schließen, dass der Gesetzgeber feststellende Verwaltungsakte und damit auch dafür die Geltung der §§ 44 ff. SGB X regeln wollte. Vielmehr ist die Feststellung als zunächst **verwaltungsinterner Vorgang** zu sehen, auf dessen Grundlage die Krankenkasse über das weitere Vorgehen (Ablehnung, Beratung, Nachbesserung, Bewilligung) entscheidet.“⁵⁸

§ 37c Abs. 2 S. 6 SGB V eröffnet der Krankenkasse also die Möglichkeit, die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen. Das ist allerdings eine Selbstverständlichkeit. Die Krankenkasse führt das Bundesgesetz nach Art. 83, 84 GG als Landes- bzw. bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen nach Art. 87 Abs. 2 GG als Bundesbehörde aus und muss damit wie jede Behörde prüfen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch vorliegen. Dass diese Selbstverständlichkeit gleichwohl geregelt wird, ergibt sich aus dem Anliegen des Gesetzgebers, die Krankenkasse zu verpflichten, den Medizinischen Dienst einzuschalten und sie an dessen fachliche Entscheidung zu binden. Stellt die Krankenkasse dann fest, dass einzelne Leistungsvoraussetzungen nicht oder zum Teil nicht vorliegen, so muss sie schon aufgrund von § 31 SGB I die Leistung ablehnen.

Dieses Prüfungs- und Feststellungsrecht der Krankenkasse ist aber kategorial etwas anderes als eine Genehmigung, denn es ist anders als diese keine eigenständige Voraussetzung des Leistungsanspruchs. Der Leistungsanspruch besteht also nicht erst, wenn die Krankenkasse sein Bestehen festgestellt hat, sondern schlicht dann, wenn die materiellen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Der Versicherte, in dessen Person die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, muss also auch nicht auf eine Genehmigung oder den Ablauf der Genehmigungsfristen nach § 13 Abs. 3a S. 1-4 SGB V warten, um einen Leistungsanspruch zu haben.

Das Genehmigungserfordernis in § 8 Abs. 1 RL-E ist daher durch § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V nicht gedeckt. Man darf vermuten, dass es die Verfasser des Richtlinienentwurfs aus der entsprechende Regelung in § 6 Abs. 1 der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die

⁵⁸ *Padé*, in: Engelmann/Schlegel (Hrsg.), *Juris-PK SGB V*, § 37c [2021] Rn. 31.

Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)“ übernommen hat, wo es aber mangels gesetzlicher Regelung in § 37 SGB V ebenso rechtswidrig ist.

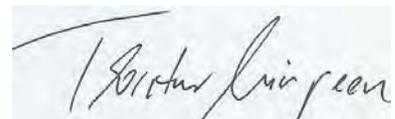
(2) Konkretisierungsbefugnis des G-BA

Die Ermächtigung zur Regelung eines Genehmigungserfordernisses kann sich nicht nur daraus ergeben, dass eine Genehmigung parlamentsgesetzlich vorgesehen ist, sondern (wie das namentlich in § 32 Abs. 1 a S. 2 SGB V geschehen ist) auch aus der allgemeinen Befugnisnorm zum Erlass von konkretisierenden Richtlinien, hier also aus § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V. Dieser ist zwar vergleichsweise wortreich, enthält aber keine Hinweise darauf, dass der G-BA auch ein allgemeinen präventives Genehmigungserfordernis regeln dürfte.

cc) Fazit zum Genehmigungserfordernis

Der G-BA darf den Leistungsanspruch des Versicherten nur von einer Genehmigung der Krankenkasse abhängig machen, wenn er dazu explizit gesetzlich ermächtigt wird. Eine solche gesetzliche Regelung fehlt beim Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V. Daher wäre § 8 Abs. 1 RL-E, sollte er so beschlossen werden, rechtswidrig.

Regensburg, 16.04.2021



Prof. Dr. Thorsten Kingreen



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 Beschlusssentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

			AOK Niedersachsen, Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover	
			Ansprechpartner: Maik Grieger (0511 / 8701 – 19370, Maik.Grieger@nds.aok.de)	
			23.07.2021	
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: /Pflegerkräfte	
			Die Ergänzung ist abzulehnen.	Die anspruchsvolle Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege erfordert den Einsatz von Pflegefachkräften, die für die Versorgung entsprechend qualifiziert sind. Der

				Einsatz von Pflegekräften, welche diese Qualifikation nicht erfüllen, führt letztlich zu einer Verschlechterung der Versorgung im Vergleich zum Status quo und bietet die Gefahr, dass im Fall einer zu erwartenden lebensbedrohlichen Situation für den Versicherten nicht adäquat gehandelt werden kann.
§ 1	Abs. 1	Satz 5	GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.	
			Der Ergänzung wird zugestimmt.	Die anspruchsvolle Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege erfordert den Einsatz von Pflegefachkräften, die für die Versorgung entsprechend qualifiziert sind. Nur so kann sichergestellt werden, dass bei der Versorgung der Patienten und insbesondere im Fall von zu erwartenden lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen richtig reagiert wird und der Patienten adäquat versorgt werden kann.
§ 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>Die Formulierung sollte wie folgt gefasst werden: „Auch eine Versorgung im Haushalt gemäß Nr. 4 oder an sonstigen geeignetem Ort gemäß Nr. 5 setzt voraus, dass ...“ Sofern diese Formulierung nicht zustimmungsfähig ist, wird dem Vorschlag von KBV, DKG und GKV-SV zugestimmt.</p>			<p>Nicht jedes Umfeld ist für die eine außerklinische Intensivpflege eines Versicherten geeignet. Maßgeblich sollten daher die Fragestellung sein, ob die in § 2 genannten Ziele der AKI an dem Ort, an dem der Versicherte gepflegt werden soll, erreicht werden können – und zwar unabhängig vom Ort der Versorgung, da die grundsätzlichen Anforderungen sich nicht unterscheiden.</p> <p>Eine Festschreibung der Voraussetzungen an sonstige geeignete Orte und – wenn möglich – auch für die Häuslichkeit, dient darüber hinaus auch dazu, Umgehungsversuche von Mindestvoraussetzungen auszuschließen und zu vermeiden, was nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht. Als Beispiel sei hier aufgeführt die Umwandlung einer (trägerbestimmten) Wohneinheit gem. Abs. 4</p>

				<p>Ziffer 3 in eine selbstorganisierte Wohneinheit der Bewohner, bei der dann auch keine Vorgaben gem. § 132I Abs. 2 Nr. 2 mehr erfüllt werden müssten.</p> <p>Eine entsprechende Regelung unterstützt hier eine einheitliche Anwendung / Gleichbehandlung aller Fälle, sowohl im Sinne des Patienten als auch – mit Blick auf den Arbeitsschutz – für die eingesetzten Pflegekräfte; ohne eine solche eindeutige Regelung trifft, wären sonst jeweils im Einzelfall eine Prüfung des Leistungsortes vorzunehmen.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>Die Änderung der PatV wird abgelehnt.</p>	<p>Durch die Änderung der PatV würde eine Doppelfinanzierung von Leistungen für außerklinische Intensivpflege und Krankenhausbehandlung möglich. Dieses ist auszuschließen.</p>
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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</p>	

			<p>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.</p>	
			<p>Sofern Abs. 8 aufgenommen wird, sollte S. 2 wie folgt geändert werden:</p> <p>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, sofern in diesen bzw. in geeigneten Ergänzungsvereinbarungen die Regelungen des § 4 (Außerklinische Intensivpflege) der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege (Bundesrahmenempfehlung HKP) aufgenommen sind, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	<p>Der reine Verweis auf die Verträge mit Leistungserbringern mit Verträgen gemäß § 132a Absatz 4 SGB V wäre nicht ausreichend, da die derzeit in der außerklinischen Intensivpflege maßgeblichen Qualitätsanforderungen an geeignete Pflegedienste in der Bundesrahmenempfehlung HKP definiert werden. Entsprechend sollte auch in einer wie von der DKG vorgeschlagenen Übergangsregelung auf diese Bezug genommen werden, um während der Übergangszeit nicht hinter den Status quo zurückzufallen.</p>
<p>§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege</p>				
<p>§ 2</p>	<p>Absatz 1</p>			

§ 2	Absatz 2	Änderungsvorschlag 6. die Therapie der Dysphagie zur Verbesserung der Schluckfunktion und Wiederherstellung der Sprechfunktion, insb. durch Schlucktherapie		Aus der Praxis ist uns bekannt, dass viele Versicherte gar keine oder nur sehr unregelmäßig Schlucktherapie bzw. Logopädie erhalten. Da die Schlucktherapie maßgeblich für eine potenzielle Dekanülierung ist, sollte diese hier explizit mit aufgeführt werden.		
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		DKG (3) ¹Bei 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) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

				Verlauf stabilisiert und gehoben werden.				
			Der Formulierung von GKV-SV, KBV und PatV wird zugestimmt. Die Formulierung der DKG wird abgelehnt.		Die Formulierung von GKV-SV, KBV und PatV beschreibt die Zielstellung der Hinführung zum Weaning bzw. zur nicht-invasiven Beatmung konkreter und genauer.			
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- o-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen	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	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>der 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 ein vergleichbar</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher</p>	<p>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</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--	--

			<p>intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>	<p>unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
			<p>Die Formulierung der DKG wird abgelehnt.</p>	<p>Der Formulierung von GKV-SV und KBV wird zugestimmt.</p>	<p>Die Formulierung der PatV wird abgelehnt.</p>	<p>Die Formulierung von GKV-SV und KBV bildet die derzeitigen Regelungen ab, die auch der derzeitigen Verordnung außerklinischer Intensivpflege auf Basis von Ziffer 24 der HKP-RL (spezielle Krankenbeobachtung) zu Grunde liegen. Dieses entspricht dabei auch der Intention des Gesetzgebers, die aktuell bestehenden Versorgungsstrukturen in der außerklinischen Intensivpflege qualitativ zu verbessern, ohne dass es dabei zu einer Leistungsausweitung kommt. (vgl. Bundestagsdrucksache 19/19368, Gesetzentwurf GKV-IPReG, S. 23: „Der anspruchsberechtigte Personenkreis nach § 37c SGB V ist im Wesentlichen der Personenkreis, der nach bisherigem Recht aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege auch bei Unterbringung in stationären Pflegeein-</p>		

					<p>richtungen ausnahmsweise Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V hatte. Insoweit wird auf die bestehende, bewährte Abgrenzung zurückgegriffen.“)</p> <p>Die Formulierung von DKG bzw. PatV weiten dagegen den anspruchsberechtigten Personenkreis weit aus (in Frage kämen hier bspw. Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Epilepsie) und widersprechen damit dem Ziel des Gesetzgebers. Dafür besteht kein Erfordernis, da diese Versicherten auch jetzt bereits adäquat versorgt werden – auch im Fall lebensbedrohlicher Situationen, in denen durch die Alarmierung der normalen Rettungskette rechtzeitig Hilfe gerufen werden kann. Die Verordnung außerklinischer Intensivpflege wäre in diesen Fällen dagegen eine Fehlallokation von personellen und finanziellen Ressourcen.</p> <p>Um die praktische Bedeutung einer solchen Ausweitung – sowohl in finanzieller als auch in personeller Hinsicht – deutlich zu machen, möchten wir auf die folgende, überschlägige Kalkulation hinweisen.</p> <p>Die 24-Stunden-Versorgung eines Patienten mit außerklinischer Intensivpflege kostet in der 1:1-Versorgung rund 300.000 € / Jahr und erfordert mindestens 5,7 Vollzeitpflegekräfte.</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>Bei einer Anwendung der Formulierungen von DKG bzw. PatV könnte dieses alleine durch Patienten mit Epilepsie sowie Diabetes mellitus Typ 1 für die AOK Niedersachsen den anspruchsberechtigten Personenkreis um eine fünfstellige Zahl an Versicherten vergrößern. Selbst wenn von diesen nur 10 % außerklinische Intensivpflege mit einem Personalschlüssel von 1:1 in Anspruch nehmen würden, wäre alleine für die AOK Niedersachsen mit Zusatzkosten i.H.v. mehr als 800 Mio. € pro Jahr zu rechnen.</p> <p>Ebenso wären alleine für die Versicherten der AOKN mehr als 16.000 zusätzliche, in Vollzeit beschäftigte Pflegekräfte erforderlich, was bei der angespannten Situation auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte nicht realistisch ist. Dadurch besteht das Risiko einer Verschlechterung der Versorgungssituation derjenigen Patienten, die tatsächlich Bedarf an außerklinischer Intensivpflege haben, da für sie nicht mehr ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stehen bzw. da zur Sicherstellung der Versorgung die außerklinischen Intensivpflege vermehrt in Wohngemeinschaften oder stationären Einrichtungen erfolgen müsste.</p>
§ 3	Absatz 2					
§ 3	Absatz 3					

§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 verfü-</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	---	--	-------------	------

			<p>bar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>				
			<p>Der Formulierung von GKV-SV und KBV wird zugestimmt.</p>	<p>Die Formulierung der PatV wird abgelehnt.</p>	<p>Der Formulierung von GKV-SV und KBV betont die Bedeutung der Beatmungsentwöhnung als zentralem Bestandteil der Versorgung der Patienten. Gerade falls trotz bestehendem Beatmungspotential aufgrund mangelnder Kapazitäten derzeit keine Entwöhnung möglich ist, führt die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zu einer häufigeren und regelmäßigen Überprüfung, ob eine Beatmungsentwöhnung möglich ist bzw. ob freie Kapazitäten bestehen und nimmt insoweit auch Krankenkasse, Pflegedienst und verordnenden Arzt in die Pflicht, dieses nachzuhalten.</p>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4						
§ 3	Absatz 4 bzw. 5						
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</p>				
			<p>Die Formulierung der PatV ist abzulehnen.</p>	<p>Für die Verordnung einer komplexen Leistung wie außerklinischer Intensivpflege reicht ein bloßes „kennen“ des</p>			

						Patienten nicht aus. Insbesondere bei bereits lange laufenden Verordnungen besteht bei einer solchen Formulierung das Risiko, dass die Verordnung routinemäßig ausgestellt wird und dabei therapeutische Maßnahmen, welche einen positiven Effekt auf Gesundheitszustand und Lebensqualität des Patienten haben, übersehen werden.	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6		Änderungsvorschlag zu S. 7 oder 8 Die Erhebung nach Satz 1 kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden, sofern dabei alle Befunde zum Beatmungsstatus und zum Beatmungsentwöhnungspotenzial nach Absatz [6 bzw. 7] erhoben werden können.			Es erfolgt keine Definition, was mit „telemedizinischen Möglichkeiten“ gemeint ist. Es sollte daher sichergestellt sein, dass unabhängig vom eingesetzten technischen Verfahren alle zur Beurteilung des Weaning- und Dekanülierungspotentials erforderlichen Befunde und Werte zur Verfügung stehen, auch wenn diese telemedizinisch erhoben werden.	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG	
			Der Formulierung von GKV-SV und KBV wird zugestimmt.	Die Formulierung der DKG wird abgelehnt.	Die Formulierung von KBV und GKV-SV zielt deutlicher auf die individuelle Situation des Patienten ab und darauf, dass eine wirkliche Einschätzung des Potentials erforderlich ist, und nicht nur eine – ggf. theoretische – Möglichkeit geprüft werden soll.		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.				
			Der Formulierung wird zugestimmt.		Die regelmäßige Überprüfung des Weaningpotentials ist maßgeblich dafür, dass die gesundheitliche Situation des		

				<p>Patienten überwacht wird und er die Chance erhält, von der Beatmung entwöhnt zu werden. Gerade in der Vergangenheit zeigen Untersuchungen, dass bis zu 60 % der Versicherten, die außerklinisch beatmet werden, in spezialisierten Einrichtungen noch von der Beatmung entwöhnt werden können. Um dieses Potential zu realisieren, ist eine regelmäßige Erhebung der Reduzierung der Beatmungszeit erforderlich.</p>
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>	
			<p>Die Formulierung der PatV wird abgelehnt.</p>	<p>Zu Recht ist es der gesetzgeberische Wille, eine Potentialerhebung bei jedem Patienten durchzuführen, da diese derzeit eben nicht regelhaft erfolgen. Hier Ausnahmeregelungen einzuführen, birgt das hohe Risiko, die Intention der Versorgungsverbesserung zu unterlaufen.</p> <p>Die Formulierung der PatV ist kontraproduktiv für die Rechtsanwendung der Richtlinie, da „insbesondere“ eine unbestimmte Öffnung für weitere Patientengruppen wäre und fachlich nicht begründbar ist.</p>

					<p>Ebenso besteht durch die Formulierung des S. 11 das Risiko, dass der potentialerhebende Arzt selbst und ohne weitergehende Kontrolle für alle Patienten (nicht nur für Kinder) die regelhafte Kontrolle des Weaningpotentials unterlaufen kann.</p> <p>Selbst wenn langfristig kein Entwöhnungspotential mehr gesehen wird, bietet die regelhafte ärztliche Untersuchung die Möglichkeit der Therapieoptimierung, wie sie auch bei der „klinischen“ Intensivpflege im Krankenhaus erfolgen würde und sogar täglich erfolgt; dieses Ziel sollte nicht verschenkt werden.</p> <p>Vor allem bei Kindern ist eine regelmäßige Potentialerhebung zwingend notwendig, um eine Kontrolle des Krankheitsverlaufes sicherzustellen, den Hilfsmittelbedarf anzupassen und sinnvolle Therapieentscheidungen treffen zu können, wodurch langfristig gerade auch die Lebenssituation und -qualität der Kinder und Jugendlichen verbessert werden kann und sich positive Auswirkungen auch als junge Erwachsene ergeben können.</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

		<p>Der Formulierung von KBV, GKV-SV und DKG wird zugestimmt.</p> <p>Die Formulierung der PatV wird abgelehnt.</p>	<p>Um das Entwöhnungspotential valide beurteilen zu können, sollte jeweils der komplette Beatmungsstatus erhoben werden.</p> <p>Die Formulierung der PatV eröffnet hier ohne es zu begründen einen nicht klar definierten Interpretationsspielraum, was das Risiko birgt, dass Parameter, deren Erhebung ggf. aufwändiger oder komplizierter ist, unterlassen werden.</p>		
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
		Formulierungsvorschlag: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)			
		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	KBV, GKV-SV, PatV	DKG

				Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
			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:
			Der Formulierung von KBV, GKV-SV und DKG wird zugestimmt. Die Formulierung der PatV wird abgelehnt.		Die Formulierung der PatV eröffnet hier ohne es zu begründen einen nicht klar definierten Interpretationsspielraum, was das Risiko birgt, dass Parameter, deren Erhebung ggf. aufwändiger oder komplizierter ist, unterlassen werden.	
			PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationsscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			Die Formulierung der PatV und DKG wird abgelehnt.	Der Formulierung von KBV und GKV-SV wird zugestimmt.	Die Formulierung von KBV und GKV-SV ist konkreter und beschreibt angemessener die erforderlichen Untersuchungen.	
			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.			
			Der Formulierung wird zugestimmt.			

§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte

§ 4						
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
			Die Formulierung von KBV, PatV, DKG wird abgelehnt.	Der Formulierung des GKV-SV wird zugestimmt.	Der Gesetzgeber verfolgt mit dem IPReG explizit die Stärkung der fachärztlichen Versorgung bei der Verordnung außerklinischer Intensivpflege. Da Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ohne Zusatzqualifikation ihre Patienten in der Regel eher hausärztlich betreuen und nicht per	

				<p>se für die besonderen Anforderungen der außerklinischen Intensivpflege bzw. von beatmeten Kindern qualifiziert sind, wird durch die Formulierung des GKV-SV sichergestellt, dass nur ausreichend qualifizierte Ärzte die AKI bei Kindern verordnen dürfen. Dieses entspricht damit auch dem Willen des Gesetzgebers.</p> <p>In der Praxis gibt es immer wieder Schwierigkeiten in der Abgrenzung Kind/Jugendlicher und „Heranwachsender“. Dies ist mit der Beschreibung genauer definiert sowie die weitere fachärztliche Zusatzbezeichnung. Diese sorgt für eine notwendige fachliche Kenntnis gerade in diesem Bereich der Versorgung.</p>
			<p>PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.</p>	
			<p>Die Formulierung der PatV wird abgelehnt.</p>	<p>Patienten mit dem Bedarf für außerklinische Intensivpflege haben i.d.R. komplexe neurologische und internistische Grunderkrankungen, aber keine primär führende Erkrankung aus dem Spektrum von HNO-Ärzten. Auch die Beurteilung, ob eine Dekanülierung erfolgen sollte, kann i.d.R. nicht der HNO-Arzt treffen. Die generell zulässige Verordnung durch HNO-Ärzten ist daher abzulehnen, da dadurch nicht entsprechend qualifizierten Ärzten die Verordnung bei allen anspruchsberechtigten Versicherten erlaubt wird.</p>

§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>KBV, PatV, DKG: ³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>GKV-SV: ³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
-----	--------	--------	---	---	----------------	--------

				verfügen.		
			Die Formulierung von KBV, PatV, DKG wird abgelehnt.	Der Formulierung des GKV-SV wird zugestimmt unter der Voraussetzung, dass zugleich § 4 Abs. 1 S. 4 aufgenommen wird.	Der Gesetzgeber will mit dem IPreG erreichen, dass die Versorgung von Patienten mit dem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege sowie die Verordnung derselbigen primär durch entsprechend qualifizierte Fachärzte erfolgt (vgl. Bundestagsdrucksache 19/19368, Gesetzentwurf GKV-IPreG, S. 27). Die generelle Öffnung der Verordnung für Hausärzte würde diesen Gedanken des Gesetzgebers widersprechen und stattdessen den zementieren, dass – wie bisher zum Teil auch – nicht ausreichend qualifizierte Ärzte die AKI verordnen dürfen.	
					Die vorgeschlagene Formulierung des GKV-SV stellt – in Verbindung mit § 4 Abs. 1 S. 4 sicher, dass die Verordnung der AKI nur durch diejenigen Hausärzte erfolgt, die für die besonderen Anforderungen der außerklinischen Intensivpflege qualifiziert sind.	
§ 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.			
			Der Formulierung des GKV-SV ist zuzustimmen (vgl. Kommentar zu § 4 Abs. 1 S. 3 (GKV-SV).		Grundsätzlich sollte die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ausschließlich durch Fachärzte erfolgen.	

				<p>Der Formulierungsvorschlag des § 4 Abs. 1 S. 3 des GKV-SV ist vor diesem Hintergrund bereits als Kompromiss zu verstehen.</p> <p>Der hier eingefügte S. 4 ist vor diesem Hintergrund aber erforderlich um zu prüfen, ob ein Hausarzt die in § 4 Abs. 1 S. 3 (GKV-SV-Formulierung) aufgeführten Handlungskompetenzen überhaupt besitzt.</p>
§ 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>	
			Die Formulierung wird abgelehnt.	Durch die Formulierung wird ohne Begründung das Qualifikationsniveau für die Verordnung von außerklinischer In-

				<p>tensivpflege abgesenkt, wenn diese im Rahmen des Entlassmanagements verordnet wird. Dieses birgt das Risiko – insb. aufgrund der hohen Bedeutung der Erstverordnung – einer schlechteren Versorgung.</p> <p>Die Qualifikationsanforderungen, die bei einer Verordnung in § 4 Abs. 1 bereits beschrieben sind, sollten auch im Entlassmanagement gelten. Eine Lex specialis für diesen Bereich ist sachlich nicht begründet.</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> <p>Die Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>Die Formulierung konterkariert die persönliche Verantwortung des verordnenden Arztes, insb. in Zusammenhang mit § 10 Abs. 1 (GKV-Formulierung), welche die besondere Bedeutung des verordnenden Arztes für die Koordination des gesamten Behandlungsprozesses herausstellt.</p> <p>Ebenso unterläuft diese Formulierung die Intention des Gesetzgebers, die Verordnung durch qualifizierte Fachärzte zu stärken.</p>

§ 4	Absatz 3 bzw. 4	<p>Änderungsvorschlag zu 1.</p> <p>Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit</p>	<p>Der ausschließliche Facharzt für Intensivmedizin ohne einschlägige Berufserfahrung ist nicht ausreichend qualifiziert für die Erhebung des Weaningpotentials.</p>	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>	
			<p>Die Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie sind nicht generell qualifiziert nicht für die Erhebung des Weaningpotentials. Damit ergäbe sich keine Verbesserung zum Status quo.</p>
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>	
			<p>Die Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie sind nicht generell qualifiziert nicht für die Erhebung des Weaningpotentials, da in der fachärztlichen Ausbildung der Anästhesisten der Erwerb von Handlungskompetenzen im Bereich Beatmung nicht ausreichend Bestandteil ist. Im Vergleich zu Intensivmedizinern fehlen dem Anästhesisten in seiner Ausbildung 12 Monate beatmungsspezifische Handlungskompetenz. Damit ergäbe sich keine Verbesserung zum Status quo.</p>

			<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>Der Formulierung wird zugestimmt.</p>	<p>Die Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>Die Formulierung des GKV-SV stellt sicher, dass der potentialerhebende Arzt die erforderliche Qualifikation für die Bestimmung des Weaningpotentials besitzt. Diese kann nur durch eine längerfristige, fachliche Tätigkeit erworben 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. 						

§ 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> <p>Die Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>Durch die Formulierung wird ohne Begründung das Qualifikationsniveau für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege abgesenkt, wenn diese im Rahmen des Entlassmanagements verordnet wird. Dieses birgt das Risiko – insb. aufgrund der hohen Bedeutung der Erstverordnung – einer schlechteren Versorgung.</p> <p>Die Bindung der Qualifikation an einen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) wird abgelehnt, da dieser dynamisch ist und sich – ohne Berücksichtigung der fachlichen Vorgaben der AKI-RL – jederzeit ändern kann. Dadurch würden Inhalte, welche durch den G-BA in der AKI-RL zu definieren sind außerhalb der Zuständigkeit und Kontrolle des G-BA geregelt. Dieses widerspricht sowohl dem Geist der AKI-RL als auch der Intention des Gesetzes.</p> <p>Die Qualifikationsanforderungen, die bei einer Verordnung in § 4 Abs. 1 bereits beschrieben sind, sollten auch</p>

					im Entlassmanagement gelten. Eine Lex specialis für diesen Bereich ist sachlich nicht begründet.	
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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.	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.	PatV, GKV-SV	KBV
			Der Formulierung von GKV-SV und PatV S. 1 und 3 wird zugestimmt.	Die Formulierung der KBV wird abgelehnt.	Um bei der Verordnung bzw. der Genehmigung einer Verordnung laufend Klarheit zu haben, welcher Arzt außerk-	

			<p>S. 2 sollte wie folgt gefasst werden:</p> <p>„Die Liste ist täglich zu aktualisieren.“</p>		<p>nische Intensivpflege verordnen darf, bedarf es einer aktuellen Übersicht, welche Vertragsärzte die entsprechenden Qualifikationen nach § 4 erfüllen. Eine quartalsweise Aktualisierung ist in Zeiten der Digitalisierung nicht mehr zeitgemäß und würde darüber hinaus zu erhöhtem Verwaltungsaufwand führen, da bspw. oftmals aufwändig zu prüfen wäre, ob ein Arzt, der alle Voraussetzungen erfüllt, aber erst nach 3 Monaten in die Liste aufgenommen wird, eine Verordnung ausstellen bzw. das Potential erheben dürfte. Im schlimmsten Fall könnte sogar eine Verordnung nicht genehmigt werden, da der ausstellende Arzt aufgrund von Verzögerungen bei der Aktualisierung der Liste dort zu Unrecht nicht aufgeführt wird.</p>
§ 4	Absatz 5 bzw. 6				
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege					
§ 5	Absatz 1				
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p>		
			<p>Der Formulierung wird zugestimmt.</p>	<p>Die unverzügliche Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse stellt sicher, dass die Krankenkasse ihren</p>	

				weiteren Aufgaben im Rahmen dieser Richtlinie ohne Zeitverzug nachkommen kann. Außerdem werden bspw. die Genehmigung von Verordnungen und die Überleitung in die außerklinische Intensivpflege beschleunigt.
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Die Formulierung wird abgelehnt.	
			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	
			Der Formulierung wird zugestimmt.	Die diesbezügliche Formulierung von KBV, GKV-SV und PatV ist konkreter und hat einen klaren Fokus auf erforderliche Maßnahmen und weitere Schritte. Die vorstehende Formulierung der DKG beschreibt zwar die Ist-Situation, aber erfordert nicht die Festlegung weiterer Maßnahmen.
§ 5	Absatz 2			
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Der Formulierung wird zugestimmt.	Die Dokumentation ist sachgerecht und stellt sicher, dass der Patient – auch zu einem späteren Zeitpunkt – die mit ihm besprochenen individuellen Therapieziele versteht und nachvollziehen kann.

§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			<p>Der Formulierung wird zugestimmt.</p> <p>Der G-BA muss zwingend einen einheitlichen Behandlungsplan festlegen, da sonst damit zu rechnen ist, dass es in der Praxis zu zwei unterschiedlichen Behandlungsplänen kommt, die in zwei unterschiedliche Verträgen mit unterschiedlichen Konfliktlösungsmechanismen existieren (Bundesmantelvertrag-Ärzte u. Rahmenvertrag Entlassmanagement).</p> <p>Ein einheitlicher Behandlungsplan ist darüber hinaus verwaltungsökonomisch und mit weniger Bürokratie verbunden.</p>	
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	
			Die Formulierung wird abgelehnt.	Vgl. Begründung zu § 5 Abs. 5 S. 1
			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)	
			Die Formulierung wird abgelehnt.	Vgl. Begründung zu § 5 Abs. 5 S. 1

§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege					
§ 6	Absatz 1				
§ 6	Absatz 2				
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>		
			Die Formulierung wird abgelehnt.	Ein Zeitraum für die Ausstellung einer Folgeverordnung für längstens 12 Monate ist zu lang. Die Schwere der Erkrankung bei außerklinischer Intensivpflege erfordert auch ohne Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotential eine regelmäßige Überprüfung der Verordnung, auch um ggf. eine Therapieoptimierung durchführen und weitere Anpassungen in der Behandlungsplanung vorzunehmen.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Ver-	PatV: <i>[streichen]</i>	

			besserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
			Der Formulierung wird zugestimmt.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			Der Änderungsvorschlag wird abgelehnt.			
§ 6	Absatz 3		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Folgeverordnung ist spätestens 14 Tage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.</p>	<p>Die bisherige Frist (drei Arbeitstage) ist dem Regelungsgebiet der „normalen“ häuslichen Krankenpflege entnommen, für welche dieser Zeitraum auch angemessen ist.</p> <p>Für die komplexe Versorgung der außerklinischen Intensivpflege sollte i.d.R. frühzeitig feststehen, ob eine Folgeverordnung erforderlich ist. Vor diesem Hintergrund scheint es sachgerecht, Folgeverordnungen nicht auf den letzten Drücker, sondern bereits 14 Tage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen, so dass die weitere außerklinische Intensiv oh</p> <p>Da – im Gegensatz zur bisherigen HKP nach § 37 SGB V – bei der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V i.V.m. der AKI-RL die Anforderungen an eine Folgeverordnung künftig steigen (z.B. müssen ein Behandlungsplan vorliegen, eine Potentialerhebung zur Beatmungsent-</p>		

			<p>wöhnung erfolgen) und die Zahl der verordnungsberechtigten Ärzte aufgrund der höheren Qualifikationsanforderungen zurückgeht, ist es wahrscheinlich, dass es hier auch zu Nachforderungen oder unvollständigen Verordnungen kommen wird. Um dieses nicht unter Zeitdruck abwickeln zu müssen und die weitere Versorgung der Versicherten nicht zu gefährden, ist ein frühzeitiges Vorliegen der Verordnung im Interesse aller Beteiligten.</p> <p>Darüber hinaus lässt dieses die Zeit, eine ggf. erforderlichen Therapieanpassung, die sich durch die Aktualisierung des Behandlungsplanes bzw. die Potentialerhebung ergibt, rechtzeitig zu planen und umzusetzen.</p>
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements			
§ 7	Absatz 1		
§ 7	Absatz 2		
§ 7	Absatz 3		
§ 7	Abs 3	Satz 2	<p>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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.</p>

			<p>Der Formulierung wird zugestimmt.</p> <p>Hinter Satz 2 sollte folgender Satz 3 eingefügt werden:</p> <p>„Die in Satz 1 genannte ärztliche Einschätzung ist durch einen externen Arzt mit entsprechender Qualifikation gem. § 4 Abs. 1 zu bestätigen.“</p>		<p>Die bisherige Praxis zeigt, dass ein großer Teil von Patienten in der prolongierten Beatmung ohne einen Weaningversuch in die außerklinische Beatmung entlassen wird. Da derzeit nur das Krankenhaus frühzeitig erkennen kann, wann ein Patient prolongiert beatmet und eine Entwöhnung sich schwierig gestaltet, muss es letztlich auch Aufgabe des Krankenhauses, den Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung zu initiieren.</p> <p>Die von uns vorgeschlagene Ergänzung zu S. 3 stellt sicher, dass hierdurch „In-Sich-Geschäfte“ vermieden werden, d.h. die Zuweisung zu einem ggf. zum gleichen Krankenhausverbund gehörenden Weaningzentrum mit Auslösung einer neuen DRG. Der Fokus wird damit auf die tatsächliche Versorgungssituation des Versicherten abgestellt.</p>	
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p>	<p>PatV: ²Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse die Versorgung durch einen Leistungserbringer oder eine von der oder dem Versicherten</p>		

			<p>2 oder 3 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.</p>	<p>selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
			<p>Der Formulierung wird zugestimmt.</p>	<p>Die Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>Der Formulierungsvorschlag von DKG, KBV und GKV-SV ist umfangreicher und stellt sicher, dass die gesamte Anschlussversorgung in die Planung der außerklinischen Intensivpflege mit einbezogen wird.</p> <p>Außerdem stellt die Formulierung sicher, dass der Patient und seine Angehörigen die erforderliche und adäquate Beratung in einer ggf. schwierigen persönlichen Situation erhalten.</p>	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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</p>	<p>DKG: Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt, kann</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			dem Versicherten sowie dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	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		
			Der Formulierung wird zugestimmt.	Die Formulierung wird abgelehnt.		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			

			Der Formulierung wird zugestimmt. Sie stellt sicher, dass der Überleitungsprozess in die außerklinische Intensivpflege zielgerichtet abläuft und alle Beteiligten eingebunden sind.			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.			
			Die Formulierung wird abgelehnt, könnte aber wie folgt abgeändert werden: Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, soweit sie darüber Kenntnis haben.	Da derzeit auf Seiten der Pflegedienste kein verpflichtendes und standardisiertes Meldeverfahren für freie Kapazitäten besteht, ist eine allgemeine Verpflichtung der Krankenkassen zur Benennung freier Kapazitäten derzeit nicht möglich, da ihnen diese Informationen nicht vorliegen. Sofern die Krankenkassen aber unabhängig davon Kenntnisse über freie Kapazitäten haben, weil ihnen diese auf sonstigem Wege bekannt geworden sind, können sie diese Informationen an die Krankenhäuser weiter geben.		
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Die Formulierung wird abgelehnt.	Der Formulierung wird zugestimmt.	Die Formulierung „Im Wesentlichen“ ist zu unbestimmt. Sofern sich die Anspruchsvoraussetzungen geändert haben, müsste eine neue Verordnung ausgestellt werden.	
§ 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
			Die Formulierung wird abgelehnt.	Der Formulierung wird zugestimmt.	Da eine rückwirkende Ablehnung durch die Krankenkasse nicht möglich ist, sollte die Verordnung am dritten Arbeitstag nach Ausstellung bei der Krankenkasse vorliegen.	
§ 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,			
			Die Formulierung wird abgelehnt.	Die Formulierung „Umgang mit“ lässt eine hohe Interpretation zu. Der reine Umgang mit etwas sollte nicht Begründung und Auslöser für eine komplexe Leistung wie die außerklinische Intensivpflege sein. Diese Formulierung passt eher zu einer normalen COPD anstatt zu einer akuten vitalen Bedrohung, wie sie bei außerklinischer Intensivpflege zu erwarten ist.		

				Die Formulierung „Sauerstofftherapie“ ist unklar; hierunter könnte z.B. auch eine sog. High Flow Therapie verstanden werden, die nicht in Zusammenhang mit außerklinischer Intensivpflege steht.
§ 9	Absatz 2			
§ 9	Abs. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.	
			Die Formulierung wird abgelehnt.	Hierbei handelt es sich um grundpflegerische Leistungen, die nicht der außerklinischen Intensivpflege zuzurechnen sind.
§ 9	Absatz 3		<p>Änderungsvorschlag S. 2:</p> <p>Sofern außerhalb des Versorgungszeitraum der außerklinischen Intensivpflege Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gemäß der Richtlinie zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege erforderlich sind, die nicht während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege mit erbracht werden können, gelten die dort geregelten Änderungen.</p>	Bei der Erbringung von Leistungen auf Basis des SGB V ist auf einen wirtschaftlichen Einsatz von Ressourcen zu achten. Sollten also in Fällen, in denen nicht 24 Stunden am Tag außerklinische Intensivpflege erbracht wird, ggf. zusätzlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Frage kommen, sollte regelhaft geprüft werden, ob diese nicht bereits auch während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege durchgeführt werden können.

§ 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			
			Die Formulierung wird abgelehnt.		An allen Versorgungsorten – also auch denen nach Nummer 4 und 5 – sind die geeignete Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Eine Einschränkung auf Nr. 1 bis 3 ist nicht sachgerecht und nicht begründet.	
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der 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. ³Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die An- und Zugehörigen der oder des</p>	<p>PatV:</p> <p>¹Im 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</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			Versicherten einzubeziehen und deren Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.	nicht reduziert, um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
			Der Formulierung wird zugestimmt.	Die Formulierung wird abgelehnt.	Die Formulierung von GKV-SV, KBV und DKG orientiert sich an der S2K-Leitlinie.	
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
			KBV, DKG, PatV:	GKV-SV:	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

§ 10	Abs. 1		[Absatz streichen]	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].		
				Der Formulierung wird zugestimmt.		Die Formulierung stellt die (Gesamt-)Verantwortlichkeit des verordnenden Arztes hervor, um die Verordnung korrekt und richtlinienkonform auszustellen. Dieses umfasst bspw., frühzeitig eine Potentialerhebung zu initiieren, sofern er diese nicht selbst durchführen

						kann. Ohne diese Gesamtverantwortung wäre bspw. unklar, wer sich darum kümmern müsste, die erforderlichen Schritte für die Ausstellung der Verordnung, aber auch für die Umsetzung der Maßnahmen des Behandlungsplans in die Wege zu leiten.
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu	GKV-SV: sind verpflichtet	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Der Formulierung wird zugestimmt.			
§ 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: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	KBV, PatV: ²Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			Der Formulierung wird zugestimmt.	Die Formulierung wird abgelehnt.	Der verordnende Vertragsarzt als gesamtverantwortlicher für die außerklinische Intensivpflege ist hier in der Pflicht, ohne längere Verzögerungen einen Weaning- bzw. Dekanülierungsversuch zu initiieren.	
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					

§ 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 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 Vertrags-</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 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</p>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV
------	------------------	----------	---	--	------------------	------

			<p>arzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p> <p>Der Formulierung wird zugestimmt.</p>	<p>angestrebten Leistungsumfang.</p> <p>Die Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>Die Formulierung von GKV-SV, KBV und DKG orientiert sich an der S2K-Leitlinie.</p>	
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		<p>KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	<p>DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt</p>	KBV, PatV	DKG, GKV-SV
Anhang Behandlungsplan			<p>GKV-SV Inhalte des Behandlungsplans als Bestandteil der Richtlinie</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Behandlungsplan nicht als Bestandteil der Richtlinie vorsehen.</p>	GKV-SV	PatV, KBV, DKG:
			<p>Der Behandlungsplan sollte unabdingbarer Bestandteil der Richtlinie sein.</p>		<p>Durch Aufnahme des Behandlungsplans in die</p>	

			<p>Richtlinie wird eine einheitliche Umsetzung des Behandlungsplan sichergestellt.</p> <p>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.</p>	
<p>Sonstiges</p> <p>Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.</p>	<p>Anmerkung zu „§ 1a Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege“ des Beschlussentwurfs des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege</p> <p>Unabhängig vom Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der AKI-RL sprechen wir uns dafür aus, dass die Umstellung auf die neue AKI-RL zeitgleich für Erst- und Folgeverordnungen erfolgt. Eine Trennung, nach der die Erstverordnungen bereits nach den Regelungen der AKI-RL, und (zumindest ein Teil der) Folgeverordnungen nach den Regelungen der</p>			

	<p>HKP-RL erfolgen, führt nach unserer Einschätzung in der Praxis zu einem hohen Fehlerpotential, da sich die Regelungen (Anforderungen an die Verordnung an sich, ggf. Fristen, verordnungsberechtigte Ärzte usw.) doch erheblich unterscheiden. Im Einzelfall zu prüfen, ob für einen Patienten bereits die AKI-RL oder noch die HKP-RL Gültigkeit besitzt, ist aus unserer Sicht weder für die Krankenkasse oder den Versicherten, aber auch für den Pflegedienst, die verordnenden Ärzte oder die medizinischen Dienste mit hohem Verwaltungsaufwand sowie ebenfalls hohem Fehlerpotential verbunden.</p>
--	---

Von:

An:

Cc:

Betreff:

Datum:



SGB V | Bitte um Stellungnahme | AKI-RL | Erstfassung AKI-RL

Freitag, 23. Juli 2021 16:11:21

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Frau Rabethge,

bezüglich unseres Stellungnahmerechts zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege möchten wir auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) verweisen, die Ihnen heute zugegangen ist und die wir inhaltlich in vollem Umfang unterstützen.

Wir haben uns dazu entschieden, da die Symptomatik des M. Pompe die Beatmung betreffend große Ähnlichkeiten zu den anderen von der DGM vertretenen neuromuskulären Erkrankungen hat.

Freundliche Grüße,

Andreas Wiemeler

SHG Glykogenose Deutschland e.V.
Vorstand Finanzen / Koordinator Abtl. M. Pompe

Warendorfer Straße 121a
48145 Münster
Telefon: +49-251-392160

E-Mail: wiemeler@glykogenose.de
www.glykogenose.de



**Stellungnahme zur Erstfassung der
Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**
des [Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.](#)

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.

Betreffende Passage in der AKI-RL		Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.
§ 1 Grundlagen			
§ 1	Absatz 1	Aus Sicht des BHK ist in § 1 bzw. in der gesamten Erstfassung der AKI-RL keine stringente Differenzierung zwischen volljährigen Versicherten sowie Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen erfolgt.	Aus Sicht des BHK wird damit § 37c Absatz Satz 8 nicht entsprochen. <i>Dort heißt es: „Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2021 <u>jeweils</u> für Kinder</i>

			<p>Aus Sicht des BHK fehlt es zudem an einer fachlichen und auch einheitlichen Definition für den in Absatz 1 verwendeten Begriff „Außerklinische Intensivpflege“.</p> <p>Gleichfalls fehlt es aus Sicht des BHK an einer fachlichen Definition und Erklärung, was unter einem „besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“, insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, zu verstehen ist. Ebenfalls fehlt es an einer fachlichen Definition und Erklärung, was unter einem „vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft“ zu verstehen ist.</p>	<p><i>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 <u>getrennt</u> das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen ...“</i></p>
§ 1	Abs. 1	Satz 3	<p>PatV zusätzlich: /Pflegekräfte</p>	
			<p>Aus Sicht des BHK kann der PatV nicht gefolgt werden.</p>	<p>Zur Gewährleistung der Patientensicherheit lehnt der BHK den Einsatz von Pflegekräften bei Kindern und Jugendlichen, sowohl bei der Leistungserbringung im Rahmen der HKP-Richtlinie und insbesondere bei der Leistungserbringung im Rahmen der AKI-Richtlinie ab.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	

			Aus Sicht des BHK kann GKV-SV, DKG, KBV nicht gefolgt werden.	Aus Sicht des BHK obliegt die Frage der Geeignetheit der Pflegefachkräfte bzw. (besonderen) Qualifikation der Pflegefachkräfte die AKI erbringen nicht den Vereinbarungspartnern der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, sondern den Partnern der (noch zu vereinbarenden) Bundesrahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V und damit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene.
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3		Absatz 3 Satz 3 ist aus Sicht des BHK wie folgt zu ergänzen: <i>„Die Versorgung durch An- und Zugehörige soll insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie den in Satz 2 genannten jungen Volljährigen ermöglicht und unter</i>	Bei der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen muss der jeweils aktuelle Gesundheitszustand des Kindes/Jugendlichen selbst und die situativen physischen, psychischen und zeitlichen Möglichkeiten der An- und Zugehörigen angemessen berücksichtigt werden.

		<p><i>Berücksichtigung der aktuellen Situation im Familienumfeld angemessen berücksichtigt werden. Dabei sind die Ressourcen im häuslichen Umfeld zu fördern und angemessen zu berücksichtigen.“</i></p>	<p>In der AKI sind die Verfügbarkeiten und damit einhergehenden Anwesenheits- bzw. möglichen Versorgungszeiten der An- und Zugehörigen (in aller Regel die Eltern, auch Großeltern) ständigen Änderungen unterworfen. Zum einen bedingt durch Änderungen im beruflichen Kontext von Mutter oder (in aller Regel) Vater (z.B. Ortsabwesenheit durch Dienstreisen, Schichtdienste) und zum anderen bedingt durch Änderungen im Familienkontext selbst (z.B. Veränderungen des Gesundheitszustandes des intensivpflegebedürftigen Kindes/Jugendlichen, Erkrankung des /der Geschwisterkinder, verbunden mit Aufhalten zu Hause statt in der Schule oder im Kindergarten oder auch eines Elternteiles selbst). Diese Umstände haben unmittelbare Auswirkungen auf die tagaktuell zur Verfügung stehenden Ressourcen der An- und Zugehörigen, so dass täglich neu über die Angemessenheit der Versorgung durch An- und Zugehörige entschieden werden muss. Aus diesem Grunde ist in der AKI bei Kindern und Jugendlichen der Leistungsumfang in Stunden bzw. als Stundenkontingent pro Woche und/oder Monat festzuschreiben und zu verordnen, um die Versorgung von An- und Zugehörigen entsprechend individuell zu ermöglichen.</p>
--	--	--	---

§ 1	Absatz 4	<p>Absatz 4 Ziffer 4 bedarf aus Sicht des BHK einer Ergänzung, insbesondere für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige wie folgt:</p> <p><i>„4. im Haushalt der oder des Versicherten oder in dem Haushalt der Familie der oder des Versicherten oder im Haushalt der An- und Zugehörigen der oder des Versicherten oder ...“</i></p>	<p>Kinder, Jugendliche und junge Volljährige halten sich regelmäßig oder auch nur gelegentlich im Haushalt ihrer An- und Zugehörigen (z.B. bei den Großeltern, bei sonstigen Verwandten) auf. Auch dort muss uneingeschränkt ein Anspruch auf AKI bestehen.</p>
§ 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>Absatz 4 Satz 4 ist aus Sicht des BHK zu streichen bzw. wie folgt zu ändern:</p> <p><i>„4Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist,</i> <p>Die Regelung von Voraussetzungen für einen sonstigen geeigneten Ort nach § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V ist von der Ermächtigungsnorm des § 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V nicht umfasst, so dass in der AKI -RL dazu keine Regelung getroffen werden kann.</p> <p>Kinder, Jugendliche und junge Volljährige halten sich auch (nur) einmalig (z.B. Klassenfahrten, Urlaubsfahr-</p>

			<p>2. <i>die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</i></p> <p>3. <i>für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen.“</i></p>	<p>ten) sowie gelegentlich (z.B. Ferienwohnung) an sonstigen geeigneten Orten auf. Auch dort muss ein Anspruch auf AKI uneingeschränkt bestehen. Insoweit kann nicht darauf abgestellt werden, dass sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält, so dass Satz 4, Nummer 2 1. Halbsatz gestrichen werden muss.</p> <p>Hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung, stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur liegen nicht im Einfluss- bzw. Verantwortungsbereich der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und auch nicht in jedem Fall (z.B. Kita, Schule, Landheim) im Einflussbereich der An- und Zugehörigen, insbesondere Eltern. Auch dort muss aber ein Anspruch auf AKI uneingeschränkt bestehen, so dass der in Klammern stehende Textteil in Satz 4, Nummer 3 gestrichen werden muss.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	<p>PatV: kann soll</p> <p>Der BHK folgt der PatV.</p>	<p>Zur Begründung wird zunächst auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.3, Zu Absatz 5 verwiesen.</p>

§ 1	Absatz 6		
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8	<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege			
§ 2	Absatz 1	<p>Absatz 1 Satz 2 ist aus Sicht des BHK wie folgt zu ergänzen:</p> <p><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>	<p>Kinder und Jugendliche sind systemimmanent mit ihrer Familie verbunden – meist sind das die Eltern und die Geschwister sowie Großeltern. Sie sind abhängig von der Fürsorge und Zuwendung ihrer Eltern, die insbesondere in einem stabilen Familiensystem gewährleistet werden können. Die Verbesserung der Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen und auch jungen Volljährigen ist ohne den Blick auf das Familiensystem nicht zu erreichen.</p>
§ 2	Absatz 2	<p>Absatz 1 ist aus Sicht des BHK wie folgt zu ergänzen:</p>	<p>Kinder, Jugendliche und junge Volljährige haben ein Recht auf Inklusion. Inklusion beinhaltet auch die altersentsprechende Möglichkeit der „Abnabelung“ von den</p>

		<p>„Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten. Therapieziele sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Sicherstellung von Vitalfunktionen, 2. die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen, 3. die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und den sich draus ergebenden Symptomen zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes sowie 4. bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind weitere Therapieziele: <ol style="list-style-type: none"> a) Sicherstellen einer den Möglichkeiten der Krankheit entsprechenden Entwicklung, b) Förderung psychosozialer Ressourcen und c) Sicherstellung eines stabilen Familiensystems. 	<p>Eltern und muss bei intensivpflegebedürftigen Kindern/Jugendlichen als Therapieziel Berücksichtigung finden.</p>			
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		DKG	GKV-SV, KBV, PatV:	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			(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.	(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 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	<p>Aus Sicht des BHK bedarf Absatz 1 Satz 1 folgender Anpassung:</p> <p><i>„Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.“</i></p>			<p>Aus Sicht des BHK ist die vorgenommene Unterscheidung in § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 sowie § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 wie folgt:</p> <p><i>„bei denen 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“</i></p> <p>– auch unter Berücksichtigung der Ausführungen in den tragenden Gründen - nicht nachvollziehbar und nicht schlüssig.</p> <p>Insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass es aus Sicht des BHK an einer Definition, was unter einem <i>„vergleichbar intensiven Einsätze einer Pflegefachkraft“</i> zu verstehen ist, fehlt (siehe auch Begründung zu § 1 Absatz 1).</p>			
§ 3	Abs. 1		<p>DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zu-</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 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 §</p>	<p>wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 bei</p>	<p>zulässig, bei denen 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 bei</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

			1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.	lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
					Der BHK folgt hier dem Formulierungsvorschlag der PatV.			Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.5, Zu Absatz 1 verwiesen.
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							

§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 Aus-</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
-----	--------	--	--	---	---------------------------	--------------------

			stellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung 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.			
			Der BHK folgt hier der PatV.	Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlusentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.5, Zu Absatz 4 bzw. 5 verwiesen.		
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3		Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			

	Abs. 5 bzw. 6					
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Der BHK folgt der PatV.		Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlusentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.5, Zu Absatz 5 bzw. 6 verwiesen.	
§ 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
			Der BHK folgt der PatV.		Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlusentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.5, Zu Absatz 6 bzw. 7 verwiesen.	
			0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation			

			Der BHK folgt der PatV.	<p>Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.5, Zu Absatz 6 bzw. 7 verwiesen.</p> <p>Die Beatmungsindikation ist wesentlich für die Bewertung des Beatmungsstatus und des Entwöhnungspotenzials. Bei Kindern und Jugendlichen, die aufgrund von spezifischen chronisch fortschreitenden Krankheitsbildern wie beispielsweise eine 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.</p>		
			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	KBV, GKV-SV, PatV	DKG

			Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
		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			
		Nr. 9 muss aus Sicht des BHK wie folgt ergänzt werden: <i>„9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Nutzung Entwicklungs- und kindgerecht angepasster Assessment-Instrumente und unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren.“</i>	Die Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen werden durch andere Aspekte erreicht, als die Lebensqualität von Erwachsenen. Vor diesem Hintergrund ist ein kindgerechtes Assessmentinstrument zur Erhebung dieser Lebensqualität unabdingbar.		
		PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV

			Nr. 9 muss aus Sicht des BHK wie folgt ergänzt werden: „9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität unter Nutzung Entwicklungs- und kindgerecht angepasster Assessment-Instrumente und unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. “		Begründung wie vor.	
§ 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		Satz 1	PatV: sollen [...] einbezogen werden	KBV, GKV-SV, DKG:	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:

Abs. 8 bzw. 9			sind insbesondere [...] einzubeziehen			
	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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			Der BHK folgt KBV, PatV, DKG.		Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.6, Zu Absatz 1 verwiesen.	
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ol style="list-style-type: none"> 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.		
			Der BHK folgt der PatV.		Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.5, Zu Absatz 6 bzw. 7 verwiesen.	
§ 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>	
			<p>Der BHK folgt hier DKG, KBV, PatV mit folgender Ergänzung:</p> <p><i>(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</i></p>	<p>Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlusssentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.6, Zu Absatz 2 bzw. 3 verwiesen.</p>

			<p>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 und 6. für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Neonatologie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.“ 	
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	<p>Absatz 2 bzw. 3 bedarf aus Sicht des BHK einer Ergänzung wie folgt:</p> <p>„Bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung durch auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte. Bei Kindern und Jugendlichen, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung in aller Regel durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.“</p>	
§ 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,				
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV	
			PatV zusätzlich: , b. in der neurologischen Frühreha Phase B, c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum,				

			<p>d. in einem neuromuskulären Zentrum oder</p> <p>e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>			
§ 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</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

			Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.			
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1		Absatz 1 Ziffer 11 bedarf aus Sicht des BHK einer Ergänzung wie folgt: <i>„11. den Leistungsumfang in Stunden; bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Volljährigen als Stundenkontingent (z.B. wöchentlich, monatlich).“</i>	Zur Begründung verweisen wir auf die Begründung zu § 1 Absatz 3 Satz 3.		
§ 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	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			<p>Der BHK folgt der PatV.</p>	<p>Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.8, Zu Absatz 2 verwiesen.</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	KBV, PatV: hat-soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	PatV: ² Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Ab-	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³Die 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.</p>	<p>stimmung 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>		
				<p>Der BHK folgt der PatV.</p>		<p>Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.9, Zu Absatz 4 verwiesen.</p>
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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</p>	<p>DKG: Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt, kann die</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			<p>die Krankenkasse der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus die diesbezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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
			Der BHK folgt DKB, KBV, PatV.		Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründen zum Beschlusentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.10, Zu § 8 Absatz 3 verwiesen.	
§ 8	Absatz 4					
§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege						

§ 9	Absatz 1				
§ 9	Abs. 1	Satz 2	<p>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,</p>		
			<p>Der BHK folgt der PatV mit folgenden Ergänzungen:</p> <p>9. (bzw. 11.) die Beratung, Schulung, Anleitung und psychosoziale Begleitung 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.“</p>	<p>Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründen zum Beschlusentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.11, Zu § 9 Absatz 1 verwiesen.</p> <p>Die An- und Zugehörigen von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen bedürfen einer strukturierten Schulung und Anleitung in der Praxis, um entsprechende (Fach-)Kenntnisse zu erwerben sowie Handlungskompetenzen und Fertigkeiten im Umgang mit dem Kind und Jugendlichen selbst sowie mit technischer Ausstattung und Apparatur zu erlangen. Darüber hinaus muss bei der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen die psychosoziale Begleitung der oder des Versicherten und ihres/seines Familiensystems eine zentrale Rolle einnehmen und in Folge dessen im Rahmen des Leistungsumfangs (§ 5 Absatz 1 Nummer 11.) entsprechend Berücksichtigung finden.</p>	

§ 9	Absatz 2			
§ 9	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.</p>	
§ 9	Absatz 3			
§ 9	Absatz 4			
§ 9	Absatz 5			
§ 9	Abs. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern</p>	
			<p>Der BHK folgt der PatV.</p>	<p>Die Schaffung bzw. Einhaltung entsprechender baulicher, personeller und organisatorischer Rahmenbedingungen, um eine sichere Durchführung der verordneten Maßnahmen zu gewährleisten, kann nur Aufgabe der Leistungserbringer im Rahmen der Leistungserbringung an den in § 1 Absatz 4 Nr. 1 bis 3 genannten Orten sein. Die Schaffung bzw. Einhaltung von baulichen, personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen an den</p>

					in § 1 Absatz 4 Nr. 1 und 2 genannten Orten obliegt hingegen nicht dem Leistungserbringer und erst recht nicht der oder dem Versicherten.	
§ 9	Absatz 6					
§ 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 Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.	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 beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			gefährden. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
			Der BHK folgt der PatV.		Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründen zum Beschlusentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.11 Zu § 9 Absatz 6 verwiesen.
§ 9	Absatz 7				
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege					
§ 10	Absatz 1				
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	KBV, DKG, PatV GKV-SV

			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].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung		
			Der BHK folgt der PatV, wobei es aus Sicht des BHK einer Ergänzung wie folgt bedarf: <i>„Auch Kinder und Jugendliche sind unter Berücksichtigung ihres Alters und Entwicklungsstandes an Teambesprechungen zu beteiligen.“</i>	In der AKI von Kindern und Jugendlichen sind die An- und Zugehörigen (Eltern) wesentliches Bindeglied zu den Leistungserbringern; nicht nur, weil sie die Eltern sind, sondern weil sie in aller Regel über weite Teile des Tages die AKI bei ihren Kindern selbst sicherstellen und damit die Versorgung bzw. den Versorgungsumfang, insbesondere den der Leistungserbringer i.S.d. § 132I Absatz 5 SGB V maßgeblich vor- bzw. mitbestimmen. Insofern sind sie, ebenso wie die Kinder und Jugendlichen	

					entsprechend ihrem Alter und Entwicklungsstandes selbst, in die Teambesprechungen einzubeziehen.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Der BHK folgt der PatV.		Begründung wie vor.	
§ 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 verord-	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			nende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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:
		Der BHK folgt PatV, KBV, DKG!		Zur Begründung wird auf die Begründung der PatV in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf vom 23.06.2021 und dort Ziffer 2.13 Zu § 10 verwiesen.
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.	<p>Das Krankheitsspektrum der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die AKI beanspruchen, weist große Unterschiede im Vergleich zu erwachsenen Menschen auf und spiegelt sich vor allem in einem hoch komplexen medizinisch-pflegerischen Bedarf wider.</p> <p>Intensivpflegebedürftige Kinder und Jugendliche leiden meist an sehr seltenen, schwersten chronischen Erkrankungen gekennzeichnet durch komplexe Symptome und Problemlagen wie z.B. Beeinträchtigung der Atmung, Beeinträchtigung der Vitalfunktionen, Schluckstörungen mit Aspirationsgefahr, vermehrte Sekretion, Anfallsneigung, Schmerzen und daraus resultierende Unruhe und Hyperaktivität.</p> <p>Darüber hinaus haben Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Entwicklung einen körperlichen, psychosozial und kognitiv begründeten erweiterten Betreuungsbedarf. Sie benötigen in belastenden Situationen mehr Zuwendung, Sicherheit und Rituale als Erwachsene. Sie sind auf Unterstützung bei der altersgerechten Deutung des Krankheitsgeschehens angewiesen und fordern die Auswahl geeigneter Vermittlungsmethoden sowie eine intensive psychosoziale Begleitung.</p>			

	<p>Die außerklinisch zu versorgenden Kindern, Jugendlichen und junge Volljährige sind systemimmanent mit mehreren Menschen verbunden – in der Regel sind dies die Eltern und die Geschwister. Kinder sind abhängig von der Zuneigung und Fürsorge ihrer Eltern oder anderer Bezugspersonen. Eltern sind gewissermaßen das Medium, über das Patientenorientierung gewährleistet werden kann. Dieser Blick auf die ganze Familie inkl. Information, Schulung, Beratung und Anleitung stehen im Zentrum der AKI bei Kindern und bestimmen den Alltag.</p> <p>In der AKI bei Kindern und Jugendlichen greifen alle Leistungen der heutigen (medizinischen) Behandlungspflege sowie die Beratung, Schulung, Anleitung und Beaufsichtigung der Eltern bzw. die Unterstützung der Eltern und Mithilfe bei allen Leistungen (Maßnahmen) unmittelbar ineinander und sind als solche derzeit Bestandteil der „speziellen Krankenbeobachtung“ (HKP-Richtlinie, Anlage Ziffer 24).</p> <p>Die Leistungen bzw. der Umfang der Leistungen wird im Einzelnen bestimmt durch:</p> <ul style="list-style-type: none">• die Diagnose (spezielle, vornehmlich bei Frühgeborenen und im Kindesalter auftretende Diagnosen, s.o.),• den Schweregrad der Erkrankung,• das Alter sowie• die Fähigkeiten und Möglichkeiten des Kindes, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen,• die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Bezugspersonen (Eltern) sowie• die Umfeldbedingungen in der Familie. <p>Die Leistungen werden</p> <ul style="list-style-type: none">• durch vollständige Übernahme der Leistungen durch eine Pflegefachkraft erbracht und/oder• durch Anleitung und Beaufsichtigung der Bezugspersonen bei der Leistungserbringung bzw. Unterstützung und Mithilfe durch eine Pflegefachkraft, was einem „vergleichbar intensiven Einsatz einer Pflegefachkraft“ gleichkommt.
	DD, 23.07.2021

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.

	KNAIB e. V. Fachgesellschaft für außerklinische Intensivpflege	
	23.07.2021	
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	Einheitliche Verwendung der Begriffe Pflegefachpersonen bzw. Pflegeperson
		Eine einheitliche Verwendung zur eindeutigen Einordnung, sollte in allen bundeseinheitlichen Richtlinien ab 2021 (seit Einführung der Generalistischen Pflegeausbildung) vorgenommen werden. Siehe auch Dokumente der Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/2021-07-01_Pflegeausbildung_Module_erweiterte_Kompetenzen_genehmigte_Vorabfassung.pdf

			Zu Satz 6: Bei institutioneller Organisation des persönlichen Budgets müssen die Anforderungen an die organisatorische Institution gleichgestellt sein mit denen der amb. und stat. Leistungserbringer.	Das IPREG soll Fehlanreize vermeiden. Die Möglichkeit der institutionellen Organisation des persönl. Budgets ohne "Regeln" ist ein solcher Fehlanreiz.
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte	
			Ablehnung des Vorschlags der PatV, bzw. Anwendung ausschließlich in Fällen des persönlichen Budgets.	
§ 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.	
			streichen	Regelungen zur Qualifikation des eingesetzten Personals gehören nicht in die AKI-Richtlinie, sondern in die Bundes-Rahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V. Eine Regelung zur generellen Qualifikationsanforderung an die an der Versorgung beteiligten Pflegefachpersonen in der AIP – ist zu befürworten. Die weitergehenden Bedingungen z.B. in Bezug auf

				<p>Versorgungsquoten, sollten in den zukünftigen Bundesrahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V und darauf basierenden Versorgungsverträgen nach § 132I Abs. 5 SGB V (welche zukünftig bundesweit einheitlich sein sollten) geregelt werden. Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass in dieser Richtlinie nicht die Qualifikationen der Leistungserbringer zu regeln sind. Dies sollte ausschließlich in der Bundesrahmenempfehlung erfolgen. Dem G-BA fehlt hierzu die Rechtsgrundlage.</p>
§ 1	Absatz 2	Satz 2 besser „...medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.“		<p>Formulierung analog § 11 Abs. 1 Satz 2 SGB XI. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass die Pflegewissenschaft gegenüber der Medizin gleichwertig zu gewichten ist.</p>
§ 1	Absatz 3	Die mögliche Übernahme der medizinischen Behandlungspflege sollte in jedem Fall, von Kindes- bis Erwachsenenalter, der Selbsteinschätzung der An- und Zugehörigen obliegen.		<p>Erfahrungsgemäß werden die Ressourcen der An- und Zugehörigen bei Weitem überschätzt. Eine Selbsteinschätzung unter Einbeziehung einer unabhängigen Beratungsstelle sollte ermöglicht werden. Berufstätige An- und Zugehörige, die selbst erkrankt, physisch, psychisch oder kognitiv beeinträchtigt sind, sollten grundsätzlich keine Leistungen der medizinischen Behandlungspflege als Alternative zu besonders qualifizierten Pflegefachpersonen erbringen. Dies ist aufgrund der fachlich notwendigen Interventionsbereitschaft und der nicht näher genannten Notwendigkeit einer</p>

			fachlichen- und persönlichen Qualifikation unverantwortlich.
§ 1	Absatz 4	Reihenfolge der Aufzählung ändern, Stichwort "ambulant vor stationär" Streichung von Absatz 4 Satz 5	Grundsätzlich darf es keine Einschränkung des Versorgungsortes geben, da dies eine Grundrechtseinschränkung (z.B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht) darstellen würde. Die Voraussetzung zur regelrechten Versorgung wird durch die Qualifikation der betreuenden, besonders qualifizierten Pflegefachperson gewährleistet. Ein betroffener Mensch muss z.B. zum Fußballspiel, auf eine private Feier oder an jeden Ort seiner Wahl uneingeschränkt versorgt werden dürfen. Dies darf nicht zur Versagung der Leistung führen. Wir geben zu bedenken, dass die Einschätzung dessen, ob eine Räumlichkeit, z.B. im Urlaub, Konzert, Theater, als geeignet gilt, wohl kaum vom Sachbearbeiter der Kostenträger getroffen werden kann bzw. darf.
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass 1. die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist,

		<p>2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</p> <p>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>	
		<p>Streichung bzw. Ablehnung des Vorschlags</p>	<p>Grundsätzlich darf es keine Einschränkung des Versorgungsortes geben, da dies eine Grundrechtseinschränkung (z.B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht) darstellen würde. Die Voraussetzung zur regelrechten Versorgung wird durch die Qualifikation der betreuenden, besonders qualifizierten Pflegefachkraft gewährleistet.</p> <p>Siehe oben Absatz 4</p>
§ 1	Absatz 5	<p>AIP sollte auch im Fall des Aufenthalts in einer psychiatrischen oder anderen Fachklinik grundsätzlich verordnungsfähig sein. Im Falle der medizinischen Notwendigkeit, sollte sich die jeweilige Fachklinik, Rehabilitationseinrichtung, möglichst vor Aufnahme schriftlich äußern, wie sie die spezielle Krankenbeobachtung und Erbringung der intensivpflegerischen Versorgung sicherstellen wird.</p> <p>Es könnten Kontingente für Beisitzer*innen des AKI Erbringers definiert werden. Einzelfallprüfungen sollten möglich sein und ggf. anhand der medizinischen Indikation durch den MDK überprüft werden.</p>	<p>Wie soll die Überwachung der Vital- und Beatmungparameter, sowie die notwendige pflegerischer Intervention, die in der Umgebung (siehe §1, Abs. 4) von einer „besonders geschulten Pflegefachperson“ durchgeführt wird, in einer psychiatrischen oder anderen Fachklinik Klinik sichergestellt werden, in der sich kein speziell geschultes Pflegefachpersonal befindet?</p>
§ 1	Abs. 5	PatV: kann soll	

		Satz 1/ Satz 2	Zustimmung: PatV	Die individuelle Prüfung des Einzelfalles wird so ermöglicht. Die Verordnung außerklinischer Intensivpflege sollte – nach Einzelfallentscheidung auch in den genannten Einrichtungen grundsätzlich möglich sein. Insbesondere in den Fällen, in denen das in diesen Einrichtungen tätige Pflegepersonal nicht über die notwendige Qualifikation (hier sind dieselben Anforderungen, wie in der AIP zu verlangen) verfügt. (soll ist muss, wenn kann)
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
			Streichung bzw. Ablehnung des Vorschlags	Der Leistungsanspruch nach § 37c SGB V und daran geknüpft dessen Folgen (z.B. § 37 c Abs. 3 SGB V) besteht mit Inkrafttreten des Gesetzes. Dies kann durch eine zeitliche Streckung in der AKI-Richtlinie nicht ausgehöhlt werden.
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			

§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
			Aufnahme des Vorschlages der DKG		<p>Die Beatmungsentwöhnung und die erfolgreiche Dekanülierung stellen für die Pflegefachperson und Einrichtungen der AIP seit jeher ein festes Ziel dar. Ist ein Potential zur Dekanülierung erkennbar -auch zukünftig, gestützt durch Potentialerhebungen – ist dieses Ziel weiter zu verfolgen.</p> <p>Die Beatmungsentwöhnung muss die Einwilligung des Betroffenen voraussetzen.</p>	

§ 2	Absatz 4	Streichung des Wortes "stationäre"			Siehe Begründung §4 Abs. 3 bzw. 4 Satz 1 Punkt 4 e (Ergänzung PatV)			
§ 2	Absatz 5	Streichung des letzten Halbsatzes			Subjektive Lebensqualität muss durch Betroffenen selbst definiert werden.			
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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.</p>	<p>pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
					<p>Zustimmung PatV</p>	<p>Eine notwendige Intervention darf nicht zwingend erforderlich sein, was durch die Formulierung des „notwendig ist“ so wäre. Es muss</p>		

						ausreichen, wenn es <u>notwendig sein kann</u> .		
§ 3	Absatz 2					Zustimmung		
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>	GKV-SV, KBV	PatV		

		<p>einer der vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>			
		<p>Keine Zustimmung zu den Vorschlägen, daher eigene Formulierung:</p> <p>„Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können zur Sicherstellung der Versorgung, Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege ausgestellt werden. ²Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt leitet in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung ein.“</p>		<p>Weaning setzt das Einverständnis des Betroffenen voraus! Das Versagen einer Verordnung und damit der pflegerischen Versorgung ist daher mit dem Grundgesetz nicht vereinbar. Mit dieser Formulierung ist die Versorgung der Versicherten im Falle einer notwendigen Krankenhausentlassung sichergestellt. Die Einweisung des Versicherten bei Vorhandensein eines freien Platzes, darf dann grundsätzlich nur in Abstimmung mit ihm</p>	

					und somit mit seiner Zustimmung erfolgen. Wie in der PatV Ergänzung §4 Abs. 3 bzw. 4 Punkt e) -bereits vorgeschlagen, sollten diese Maßnahmen im außerklinischen Bereich auch zukünftig grundsätzlich möglich sein.	
§ 3	Absatz 3 bzw. 4		..palliativmedizinische Fachkompetenz zu einem <i>geeignetem Zeitpunkt</i>		Ganz klar muss hier der der selbstgeäußerte (auch zu früheren Zeitpunkten) Patientenwille berücksichtigt werden! Berücksichtigt werden muss hierbei, dass palliatives Handeln nicht gleichzusetzen ist mit einer „End of Life Care“ Versorgung. In diesem Verständnis handelt die AIP Versorgung in vielen Fällen schon jetzt.	
§ 3	Absatz 4 bzw. 5		Diese Untersuchung sollte, wenn nicht anders möglich auch mit, Hilfe telemedizinischer Mittel erfolgen können (Folgeverordnung).		Hierbei müssen die Möglichkeiten der Telemedizin (digitale Dokumentation, Videovisite, Beatmungsüberwachung) als Ergänzung aufgenommen werden.	
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			
			Zustimmung PatV		Zustimmung, insbesondere bei Folgeverordnungen. Bei der Erstverordnung (nach	

					Krankenhausverordnung) sollte eine persönliche Untersuchung zwingend erfolgen.	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6	<p>Ergänzung des Satz 1 um den Vorschlag des PatV</p> <p>Die Erhebung des Potentials sollten weitestgehend - zumindest in den Fällen in denen dies möglich ist - am Ort der Versorgung durchgeführt werden, um zusätzliche Belastung für den Versicherten zu vermeiden. Bei Krankheitsbildern mit einem progressiven Verlauf, sind Intervalle, bei der Vorstellung in der jeweiligen Fachklinik, mit dem Patienten und dem Krankheitsbild angemessen abzuklären, oder nicht zu erheben.</p> <p>Generell zu Satz 2: Es sei denn, der Patient lehnt die erneuten Versuche der Umstellung auf eine NIV Beatmung ab, weil der Patient sich in den Bereichen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunikation, 2. Lebensqualität oder 3. Sicherheitsgefühl, <p>eingeschränkt fühlt.</p>		<p>Eine Überprüfung der Indikation, bzw. des Entwöhnungspotentials ist grundsätzlich zu befürworten. Diese Erhebung darf allerdings nicht zu einer zusätzlichen gesundheitlichen Belastung für den Versicherten führen. Jeder Krankenhausaufenthalt stellt, neben den positiven Aspekten der medizinischen Möglichkeiten Im Krankenhaus, gleichzeitig eine enorme Belastung für den Versicherten dar. Sowohl der Krankentransport als auch der Aufenthalt in der Klinik - hier ist sehr häufig die pflegerische Versorgung schlechter – stellen eine oft gesundheitsgefährdende Belastung dar.</p>		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine Zustimmung	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3		Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			

	Abs. 5 bzw. 6		Grundsätzliche Ablehnung des Satzes 4 und 5!	<p>Des Weiteren darf die Erhebung nicht zwingend zu einem stationären oder ambulanten Krankenhausaufenthalt führen, sondern sollte möglichst ambulant beziehungsweise am Ort der Versorgung erfolgen. Telemedizinische Mittel sind hier zu nutzen und einzusetzen soweit dies möglich ist.</p> <p>In den Leitlinien, als auch in den Erfahrungsberichten ist klar benannt, dass die Bereitschaft des Patienten, als auch die gute psychosoziale Situation eine Grundlage für den Weaning Erfolg darstellt. Dies sollte als Begründung, für einen anderen Zeitraum zur Erhebung, seine Berechtigung darstellen. Bei Krankheitsbildern mit progressivem Verlauf ist ein Zeitraum von 6 Monaten ethisch nicht zu vertreten. Dies muss mit dem zuständigen Fach- bzw. Hausarzt im Vorab abgeklärt werden.</p> <p>Daher kann hier kein fester Zeitraum benannt werden.</p> <p>Bei maximaler Verordnungsdauer von 6 Monaten nach dieser Richtlinie kommt eine Potenzialerhebung die nicht älter sein darf als 3 Monate vor dem Zeitpunkt der Verordnung, einem Zeitraum von jeweils 6 Monaten gleich.</p>
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10	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	

		und 11	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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Zustimmung und Ergänzung Diese Regelung gilt auch bei erwachsenen Versicherten, bei denen aufgrund einer Grunderkrankung und einer hierauf basierenden fachärztlichen Einschätzung mit einem Entwöhnungspotenzial innerhalb des Verordnungszeitraumes oder längerfristig nicht zu rechnen ist.	Potentialerhebungen machen nur dann Sinn, wenn mit einem Potential zu rechnen ist. In allen anderen Fällen ist eine solche Erhebung unsinnig und stellt für den Versicherten eine unnötige Belastung und für das Gesundheitssystem zusätzliche Kosten dar.		
§ 3	Absatz 6 bzw. 7		Zu Punkt 2: Beurteilung der NIV – Fähigkeit unter Berücksichtigung des Patientenwillen und Berücksichtigung der sozialen Teilhabe und Lebensqualität. Satz 10: Zustimmung und Ergänzung: Auch ein nicht vorhandenes Potenzial zum Weaning muss hier beschrieben werden		Zur Gewährleistung einer ambulanten Potentialerhebung am Ort der Versorgung müssen durch die Kostenträger personelle (ärztliche Untersuchung) und technische (z.B. BGA-Messung) Ressourcen finanziert werden. Stationäre Aufenthalte für eine Potentialerhebung sind möglichst zu vermeiden.	
§ 3	Abs. 6 bzw. 7	Satz 1	PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben	PatV	KBV, GKV-SV, DKG
			Zustimmung zu Vorschlag PatV da hier Beatmete ohne Weaningmöglichkeit ausgenommen werden können.		Zustimmung. Hierbei handelt es sich 1. um einen abschließenden Katalog von der Erhebungsparametern und 2. kann auch eine Erhebung erfolgen, wenn dieser Katalog nicht vollumfänglich erfüllt werden kann oder der Versicherte bestimmte Erhebungsparameter für sich im Rahmen seine Entscheidungsfreiheit ablehnt.	

0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation			
Zustimmung PatV		Dies macht allerdings nur dann Sinn, wenn sich über die Indikation Konsequenzen für den weitere Potentialerhebung derart ergeben würden, dass in den Fällen, in denen 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.	
DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
		Die Erhebung des Schmerzstatus gehört schon jetzt - auf Grundlage des bestehenden Expertenstandards Schmerz - in der Pflege zur Standarderhebung.	
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
Zustimmung		Diese Herangehensweise	und

					Betrachtung richtet sich nicht nur auf die Frage der Beatmungsentwöhnung, sondern auch der weiteren umfassenden Krankheitsentwicklung.	
KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten						
			Streichung		Für eine solche Einschätzung fehlen objektive Messmethoden und Parameter, so dass am Ende eine subjektive Einschätzung auch zu einer Fehleinschätzung führen kann. Die Fähigkeit zur Adhärenz kann krankheits- sowie tagesformabhängig sein und sollte eher auf Grundlage längerfristiger Betrachtung, zum Beispiel durch die Betrachtung von Pflegeberichten, erfolgen. Bei einigen akuten wie auch chronischen Erkrankungen (z.B. Depression) ist eine solche Erfassung nicht möglich.	
KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens						
			Punkt 8 streichen		Der (mutmaßliche) Patientenwille wird initial erfasst. Dieser wird sich nicht von Potenzialerhebung zu Potenzialerhebung verändern.	

					Daher ist Punkt 8 gänzlich abzulehnen. Ethisch ist die immer wiederkehrende Erhebung dieses Punktes unzumutbar.	
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			Siehe oben			
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Die Lebensqualität eines Menschen ist nicht von einer anderen Person definierbar. Nur eine Selbsteinschätzung darf zulässig sein.	Lebensqualität ist ein sehr subjektiver Aspekt. Auch wenn ein vermeintlich objektivierbares Erfassungsinstrument etabliert wird, kann damit nicht sichergestellt werden, dass bei jedem Versicherten diese korrekt erfasst wird. Eine Einschätzung durch Dritte ist grundsätzlich abzulehnen, da der Spielraum für Subjektivität nach Wirtschaftlichkeitsgründen viel zu hoch ist.		
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			Wenn Erfassung, dann immer unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren!			Was sind geeignete Faktoren und wer definiert diese?
§ 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					Zur Gewährleistung einer ambulanten Potentialerhebung am Ort der Versorgung müssen durch die Kostenträger personelle (ärztliche Untersuchung) und technische (z.B. BGA-Messung) Ressourcen finanziert werden. Stationäre Aufenthalte für eine Potentialerhebung sind möglichst zu vermeiden.
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	PatV: sollen [...] einbezogen werden	KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:
			Zustimmung PatV			Somit ist der Katalog abschließend.
			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
			Zustimmung		Die Wahl des Assessment obliegt somit dem behandelnden Arzt. Des Weiteren darf die Erhebung nicht	

					<p>zwingend zu einem stationären oder ambulanten Krankenhausaufenthalt führen, sondern sollte möglichst ambulant beziehungsweise am Ort der Versorgung erfolgen. Telemedizinische Mittel sind hier zu nutzen und einzusetzen soweit dies möglich ist.</p> <p>Kosten/Nutzen Faktor!</p>	
			<p>DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			Punkt 5 und 6 streichen	Punkt 6 und 7 streichen	<p>Für eine solche Einschätzung fehlen objektive Messmethoden und Parameter, so dass am Ende eine subjektive Einschätzung auch zu einer Fehleinschätzung führen kann. Die Fähigkeit zur Adhärenz kann krankheits- sowie tagesformabhängig sein und sollte eher auf Grundlage längerfristiger Betrachtung, zum Beispiel durch die Betrachtung von Pflegeberichten, erfolgen. Bei einigen akuten wie auch chronischen Erkrankungen (z.B. Depression) ist eine solche Erfassung nicht möglich.</p>	

				Der (mutmaßliche) Patientenwille wird initial erfasst. Dieser wird sich nicht von Potenzialerhebung zu Potenzialerhebung verändern. Daher ist Punkt 8 gänzlich abzulehnen. Ethisch ist die immer wiederkehrende Erhebung dieses Punktes unzumutbar.
			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität	
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität	
			Streichen bzw. Ablehnung	Die Lebensqualität eines Menschen, ist nicht von einer anderen Person definierbar. Nur eine Selbsteinschätzung darf zulässig sein. Lebensqualität ist ein sehr subjektiver Aspekt. Auch wenn ein vermeintlich objektivierbares Erfassungsinstrument etabliert wird, kann damit nicht sichergestellt werden, dass bei jedem Versicherten diese korrekt erfasst wird. Eine Einschätzung der Lebensqualität durch Dritte ist grundsätzlich abzulehnen, da der Spielraum für Subjektivität nach Wirtschaftlichkeitsgründen viel zu hoch ist.
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren	
			Wenn Erfassung, dann immer unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren!	

§ 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.			
			Zustimmung			
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte						
§ 4	Absatz 1		<p>Ergänzung der Fachärzte:</p> <p>Fachärzte mit mindestens einjähriger Erfahrung in der Betreuung von außerklinischen Intensivpatienten oder mindestens 2-jähriger stationärer Intensivverfahren.</p>		<p>Schon heute fehlen ausreichend Fachärzte der unterschiedlichen Fachdisziplinen in der Behandlung der Patienten der außerklinischen Intensivpflege. Mit Einführung der Richtlinie wird sich dieser Zustand noch verschärfen. Gegenüber den Patienten und Pflegediensten begründen die vorhandenen Ärzte die Ablehnung der Behandlung der Patienten mit mangelnder Vergütung und fehlenden Möglichkeiten der Abrechenbarkeit der Leistungen und Anfahrt.</p>	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			Zustimmung			Flächendeckend nicht vorhanden. Führt zu deutlicher Mehrbelastung der Betroffenen Kinder und Eltern.
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Zustimmung			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <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. 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			Zustimmung		Das Ausklammern von langjährig erfahrenen Hausärzten (die ihre Patienten seit langem kennen) würde die Versorgungskontinuität schwächen und die Qualität der Versorgung senken.	
§ 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.			
			Streichen		Siehe Satz 3	
§ 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>			

			Fachärzte mit mindestens einjähriger Erfahrung in der Betreuung von außerklinischen Intensivpatienten oder mindestens 18-monatige stationärer Intensivverfahren.	
§ 4	Ab-satz 2 bzw. 3	Satz 1		
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit Zustimmung auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	
§ 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,	
			Ergänzung: Facharzt*innen für Neurologie	
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,	
			Zustimmung	
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten

		langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			Zustimmung: Allerdings plädieren wir für eine 18-monatige Erfahrung Zustimmung PatV (a)		
<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. 					
		Zustimmung.	Außerklinisches Weaning darf kein Tabu sein, wenn dieser Prozess durch entsprechend qualifizierter Fachärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten eng begleitet und durchgeführt wird. Hierdurch können zusätzliche Belastungen der Versicherten auf ein Minimum reduziert werden und zusätzliche Kosten vermieden. Die Beurteilung einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung sollte möglichst nur durch Fachärzte erfolgen, welche Erfahrungen in der		

					Behandlung im außerklinischen Beatmungsbe- reich vorweisen.	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² Erfolgt die Feststellung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur voll- ständigen 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 Be- atmungsstatus nach § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V erfüllen. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	PatV, GKV-SV zusätzlich: Die Kassenärztliche Bundesverei- nigung erstellt eine Liste der Vertragsärztinnen und Ver- tragsärzte, die über Qualifika- tionen nach § 4 verfügen und veröffentlicht sie barrierefrei im Internet. ² Die Liste ist ein- mal in jedem Quartal zu aktu- alisieren. ³ Sie hat Angaben zur Art der Qualifikation zu enthalten und kann perso- nenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.	KBV: Zum Zweck der Kontaktauf- nahme 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.	PatV, GKV-SV	KBV

		Zustimmung		<p>Somit wird der Aktualisierungszyklus vorgegeben und Liste bleibt aktuell.</p> <p>Es fehlen aber Vorgaben wie die Liste zu erstellen ist und wie die KBV an die aktuellen Daten kommt. Darf ein Arzt der alle Qualifikationen vorweisen kann, aber in der Liste (noch) nicht aufgeführt ist, trotzdem verordnen?</p>
§ 4	Absatz 5 bzw. 6			Wir weisen darauf hin, dass in der gesamten Richtlinie nicht nur die exakten Bezeichnungen der ärztl. Qualifikationen zu verwenden sind, sondern analog auch die pflegerischen.
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege				
§ 5	Absatz 1	Zu Punkt 12.: streichen		Der Leistungsort wird ausschließlich durch den Patienten selbst bestimmt! Er kann nicht verordnet, vom Arzt vorgegeben oder auch nur eingeschätzt werden. Die vorgesehene Regelung ist verfassungsrechtlich bedenklich und würde zu vielen Streitigkeiten führen.

§ 5	Abs. 1	Satz 3	GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.	
			Ablehnung	<p>Aus der Verordnung resultiert die Kostenzusage für den Leistungserbringer und Genehmigung der pflegerischen Leistung für den Patienten, diese kann nicht der Arzt übernehmen. Wie ist der Leistungserbringer bzw. Versicherte abgesichert, wenn Fristen von Seiten der Vertragsärzte verstreichen? Hier wird eine Regelung analog § 6 Abs. 6 HKP-Richtlinie benötigt. Eine Abweichung von den grundlegenden Regeln der Beantragung der Leistung durch den Versicherten ist abzulehnen. Der Versicherte wie auch der von ihm gewählte Leistungserbringer muss Kenntnis über den Inhalt der verordneten Leistung haben und dem zustimmen.</p> <p>Die Auswahl des Leistungserbringers ist Patientenwahlrecht nicht Kassenwahlrecht!</p> <p>Die Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse muss wie bisher geregelt bleiben.</p>
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Zustimmung	
			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	

			Ablehnung	Dokumentation der Maßnahmen erfolgt bei der Potenzialerhebung. Datenschutz! Inhalte der Potenzialerhebung dürfen ausschließlich dem MD zur Verfügung gestellt werden und nicht der Krankenkasse
§ 5	Absatz 2			Bei Verbleib von Absatz 2 befürchten wir, dass die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte diese Patientengruppe fachärztlich zu betreuen weiter sinkt. Damit sehen wir die Sicherheit der Patientenversorgung maximal gefährdet.
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
				Bei Verbleib von Absatz 2 befürchten wir, dass die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte diese Patientengruppe fachärztlich zu betreuen weiter sinkt. Damit sehen wir die Sicherheit der Patientenversorgung maximal gefährdet. Enormer Arbeitsaufwand
§ 5	Absatz 3		Telemedizinische Untersuchungen müssen möglich sein. Satz2 besser analog § 3 Abs. 5 Satz 2 HKP-Richtlinie formulieren: Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig; Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.	Diese Richtlinie sollte zukunftsfähig sein. Die Einführung von Telemedizin ist sinnvoll und politisch gewünscht. 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. Gerade an Wochenenden oder bei einem Urlaub des Arztes sind rückwirkende Verordnungen kaum zu vermeiden.

§ 5	Absatz 4		
§ 5	Absatz 5	Streichen!	Der Behandlungsplan mit den medizinischen Daten darf nicht Teil der VO sein und zwingend laut Richtlinie an die Krankenkasse übermittelt werden. Dies widerspricht der DSGVO und allen bisherigen Regeln über die Übermittlung von personenbezogenen Daten. Diese sind ausschließlich an den MD zu übermitteln.
§ 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.

			Diese Regelung gilt auch für Erwachsene Versicherte, bei denen auf Grund der für die AIP zugrundeliegenden Erkrankung nach fachärztlicher Einschätzung ebenfalls kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotential absehbar ist.		Bei klarer negativer Prognose hinsichtlich der Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotentiale muss jedwede belastende, kostenträchtige und nach fachärztlicher Einschätzung unnötige Untersuchung unterbleiben. Eine Beschränkung auf Kinder und Jugendliche ist an dieser Stelle nicht nachvollziehbar.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Streichen, siehe oben		Für eine solche Beurteilung gibt es keine objektiven Kriterien.	
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			Alternativ kann auch ein telemedizinisches Konsil erfolgen.		Die regelhafte persönliche Untersuchung des Versicherten durch den verordneten Vertragsarzt wird ausdrücklich begrüßt und war von Seiten der Pflegedienste schon in der Vergangenheit gefordert und gewünscht. Eine solche Untersuchung sollte allerdings – um zusätzliche Belastungen für den Versicherten zu vermeiden – in Form eines Hausbesuchs am Ort der Versorgung erfolgen. Vor dem Hintergrund der strukturellen Schwierigkeiten (viele Hausärzte	

				verweisen auf die nicht auskömmlichen Bedingungen der Hausbesuche) müssten hier Nachbesserungen erfolgen. Auch müssen alle Formen der telemedizinischen Unterstützung für dieser Untersuchungen gefördert und finanziert werden. Auch die Gefahr nosokomialer Infektionen muss hier berücksichtigt werden.
§ 6	Absatz 3		Besser formulieren: Die Folgeverordnung soll in der Regel spätestens drei Arbeitstage (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums ausgestellt werden.	Eine Verzögerung beim Arzt oder im Ablauf – aus welchen Gründen auch immer – kann den gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten nicht aushebeln.
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 7	Absatz 1		Zustimmung KBV, PatV, DKG: ...gemäß §4 Absatz 2-3 im Rahmen des Entlassmanagements...	
§ 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.	
			streichen	Im §3 Absatz 3 wird bereits beschrieben, dass bei aktuell bestehendem Potenzial eine Überführung in die außerklinische Intensivpflege nicht möglich ist.

§ 7	Absatz 4	Zusätzlich aufnehmen: ... ,die zuständige Krankenkasse sowie den Versicherten hierüber zu informieren.		Diese Information muss mindestens zeitgleich auch der Betroffene erhalten, da dieser Vorkehrungen zu Art und Leistungsort der außerklinischen Intensivpflege treffen muss.		
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>^{2 oder 3}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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			Streichen bzw. Ablehnung	Zustimmung, Wahlrecht des betroffenen ist unbedingt zu beachten!	Unabhängige Beratung zu allen Leistungsorten muss losgelöst von möglichen wirtschaftlichen Interessen gewährleistet werden. Eine solche Beratung kann demnach nicht durch einen Kostenträger erfolgen.	Unabhängige Beratung zu allen Leistungsorten muss losgelöst von möglichen wirtschaftlichen Interessen gewährleistet werden! Der Austausch der Sozialdienste der Kliniken zwischen Versicherten, Krankenkassen

					<p>Grundsätzlich darf es keine Einschränkung des Versorgungs- bzw. Leistungsortes geben, da dies eine Grundrechtseinschränkung (z.B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht) darstellen würde. Die Voraussetzung zur regelrechten Versorgung wird durch die Qualifikation der betreuenden, besonders qualifizierten Pflegefachperson gewährleistet. Ein betroffener Mensch muss an jedem gesetzlich zugelassenen Ort seiner Wahl uneingeschränkt versorgt werden dürfen. Dies darf nicht zur Versagung der Leistung führen.</p> <p>Wir fordern, dass die Einschätzung dessen, ob eine Räumlichkeit</p>	<p>und Leistungserbringern ist eine bewährte und funktionierende Praxis, die an dieser Stelle nicht eingeschränkt werden sollte.</p> <p>Jeder Betroffene bzw. seine Angehörigen haben das Recht auf unabhängige Beratung! Eine Beratung durch eine Institution, die irgendeinen (finanziellen) Vorteil dadurch erzielen könnte, ist grundsätzlich abzulehnen.</p>
--	--	--	--	--	---	---

					als Versorgungsort für den Versicherten geeignet ist, nicht vom Sachbearbeiter der Kostenträger getroffen werden darf. Der Versicherte hat die freie Wahl zwischen jedem nach § 132l Abs. 5 SGB V zugelassenem Leistungserbringer.	
§ 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 § 132l 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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach § 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG
			Nicht aufnehmen	Aufnehmen:		

			Das Wort "geeigneter" Ort als Begriff streichen . Siehe auch §1 Absatz 4 Begründung.		mithilfe der Liste welche potenziellen Leistungserbringer es gibt und kann daraus eine Auswahl treffen. Der Wahlfreiheit des Versicherten zum Versorgungsort wird hier Rechnung getragen.
§ 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.		
			Um der Wahlfreiheit des Versicherten auch wirklich gerecht zu werden, sollten immer mehrere Leistungserbringer mitgeteilt werden. Der Versicherte bzw. Angehörige muss die Möglichkeit haben sich persönlich mögliche Leistungsorte anzusehen, wenn es nicht die eigene Häuslichkeit ist.		
§ 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.		
			Ablehnung.	Die Zuweisung der Versicherten durch den Kostenträger könnte hier die Wahlfreiheit der Patient*innen gefährden.	
§ 7	Absatz 5				

§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			Zustimmung		Geringfügige Veränderungen in den Anspruchsvoraussetzungen dürfen nicht zu unverhältnismäßigem Mehraufwand führen und soll ressourcenschonend erfolgen.	
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Zustimmung			
§ 7	Absatz 6					
§ 7	Absatz 7					
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 8	Absatz 1					

§ 8	Absatz 2	<p>Satz 2, Erweiterung um die Informationsweitergabe an den Leistungserbringer.</p> <p>Vorschlag: Werden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt, den Leistungserbringer sowie die oder den Versicherten über die Gründe zu informieren und dabei das Prüfungsergebnis des Medizinischen Dienstes beizufügen.</p>	<p>Eine Nichtberücksichtigung des Leistungserbringers bei der Informationsweitergabe zu geänderten Versorgungsumfängen ergibt keinen Sinn. Die zu erbringenden Leistungen sind der wesentliche Faktor und diese schon allein vor dem Hintergrund von teilweise mangelnden Ressourcen - gerade auch in der 1:1 Versorgung – ist eine unmittelbare Information des Leistungserbringers von Nöten, um diese Ressourcen dann anderweitig einbringen zu können.</p> <p>Unklar in dem Vorschlag ist auch, wie der Leistungserbringer überhaupt zu informieren ist, durch den Versicherten oder aber durch den Vertragsarzt? Von der bisher gelebten Praxis, der Zusammenarbeit zw. Krankenkasse und Leistungserbringer sollte nicht in der AIP abgewichen werden.</p> <p>Die Beifügung der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes gibt allen involvierten Personen und Institutionen die erforderliche Transparenz hinsichtlich der Leistungsablehnung und dem betroffenen Versicherten eine Grundlage, die Erfolgsaussichten eines ggf. erforderlichen Rechtsmittels zu prüfen. Ohne die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist dies nicht möglich. Von vornherein aussichtslose Rechtsmittel werden dadurch vermieden. Im Übrigen wird hiermit dem Umstand Rechnung getragen, dass der Medizinische Dienst seit</p>
-----	----------	---	---

					dem 01.07.2021 eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts darstellt und nicht mehr bei den Krankenkassen angesiedelt ist.	
§ 8	Absatz 3					
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
			Zustimmung		Unbedingt so aufnehmen! In der Praxis realistischer, nach derzeitiger Regelung erstellt der Arzt nach Besuch des Patienten in der Praxis die VO, verschickt diese dann müssen Patient/Betreuer und Leistungserbringer noch unterzeichnen und diese weiterleiten.	
§ 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,	
			Zustimmung	
§ 9	Absatz 2		Satz 2 o. 3:	Es wird hier auf die "geeignete Pflegefachperson" nach Absatz 6 verwiesen. Der Absatz 6 beinhaltet aber Regelungen zur Rückzugspflege und Zu- & Angehörige. Hier scheint ein Verweigerungsfehler vorzuliegen. Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass in dieser Richtlinie nicht die Qualifikationen der Leistungserbringer zu regeln sind. Dies erfolgt in der Bundesrahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V. Dem G-BA fehlt hierzu die Rechtsgrundlage.
§ 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.	
			Ablehnung	Hierdurch werden die Leistungen der Pflegeversicherung in den Bereich der Behandlungspflege integriert. Unklar ist, welche SGBXI 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.

§ 9	Absatz 3		
§ 9	Absatz 4	<p>Streichung des Absatz 4 bzw. folgende Änderung: Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als Leistungen der außerklinischen Intensivpflege verordnet werden. Im Rahmen von Delegation können bestimmte diagnostische Maßnahmen auch von besonders qualifizierten nichtärztlichen Leistungserbringern (hier insbesondere von Atmungstherapeuten) erbracht werden.</p>	<p>Sowohl im Rahmen der regelmäßigen Potentialerhebungen als auch im Zusammenhang mit der dauerhaften fachärztlichen Begleitung und Behandlung der Versicherten müssen Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung „ambulant“ möglich sein.</p> <p>Nur so, kann auch schon in der AKI eine schrittweise Reduzierung der Beatmungsstunden, immer in Absprache mit den behandelnden Ärzten, durchgeführt werden.</p> <p>Nicht zuletzt um stationäre Aufenthalte in diesen Zusammenhängen zu vermeiden bzw. auf einen möglichst kurzen Zeitraum zu begrenzen (nosokomiale Infektionen, Belastungen durch Transport und Ortswechsels, etc.).</p> <p>Eine zwingend notwendige Voraussetzung hierbei ist es diese Leistungen zu finanzieren. So sollten zukünftig ambulante Blutgasanalysen und weitere diagnostische Maßnahmen, die ohne Weiteres ambulant möglich sind, finanziert werden.</p>

§ 9	Absatz 5	Komplett streichen	<p>Nicht nur aus dem Wortlaut des § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V, sondern auch aus seiner systematischen Stellung, lässt sich ableiten, dass der G-BA für die erst in Abs. 2 der Vorschrift geregelten Orte der Leistungserbringung gar keine Regelungskompetenz hat. Erst recht ist er nicht befugt, den Kreis dieser Orte zu beschränken oder Anforderungen an diese zu stellen, die das Gesetz nicht enthält. Daher fehlt auch die Rechtsgrundlage über z.B. bauliche Rahmenbedingungen zu sprechen. Dies ist Aufgabe der Rahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V (vgl. hier § 132I Abs. 2 Nr. 2 SGB V).</p>
§ 9	Abs. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern</p> <p>Ablehnung</p> <p>Gerade bauliche Anforderungen sind Ordnungsrecht und fallen in die Kompetenz der Länder, daher kann dieser Absatz nur rausgenommen werden.</p> <p>Ordnungsrechtliche sowie organisatorische Maßnahmen fallen nicht in den Regelungsbe- reich des GBA sondern sind über die zukünftige Rahmenempfehlung nach § 132I Abs. 1 SGB V bzw. im Ordnungsrecht über Landesgesetzge- bung zu regeln. Grundsätzlich müssen Regelun- gen des Bestandschutzes zur Sicherstellung der Versorgung aufgenommen werden.</p>
§ 9	Absatz 6		

§ 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 Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.	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 beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden. ³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.	GKV-SV, KBV, DKG	PatV
				Zustimmung		
§ 9	Absatz 7	Übergangsfrist nach § 37c Abs. 3 Satz 2 SGB V aufnehmen		Diese Regelung ist gesetzeswidrig, weil sie im Widerspruch zu § 37c Abs. 3 Satz 2 SGB V steht. Bei Wegfall der Voraussetzungen für außerklinische Intensivpflege ist eine Übergangsfrist zur Sicherstellung der pflegerischen		

					Weiterversorgung vorzusehen. Dies muss individuell bezogen auf die jeweilige Patientensituation geregelt werden.	
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1				Wie werden die Zeiten für Fallbesprechungen, insbesondere für die Therapeut*innen (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Atemtherapie) vergütet?	
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
			Zustimmung			Regelt zwar klar die Verantwortlichkeit, ist aber fernab jeglicher Realität. Hier fehlen für Therapeuten und für weitere Beteiligte jegliche Möglichkeit der

						Abrechnung. Ärzten wird mit dieser Verantwortung die Versorgung der Patientengruppe noch unattraktiver gemacht.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2						
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung aufnehmen				Wir befürworten multiprofessionelle Fallbesprechungen. Nicht geregelt ist, wer für diese Teambesprechungen verantwortlich ist, sie organisiert und wie sie dokumentiert werden. Sollten diese Teambesprechungen verpflichtend sein, muss für alle Beteiligten die Finanzierung geregelt sein.
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen aufnehmen				
§ 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	
			Zustimmung	Ablehnung	Bei der Verpflichtung zu Kooperationen muss ein beidseitiger Kontrahierungszwang bestehen. D.h., dass	Bei der Verpflichtung zu Kooperationen muss ein beidseitiger Kontrahierungszwang bestehen. D.h., dass	

					die Spezialeinrichtungen verpflichtet sind, mit allen Leistungserbringern nach §132I SGB V Kooperationen einzugehen	die Spezialeinrichtungen verpflichtet sind, mit allen Leistungserbringern nach §132I SGB V Kooperationen einzugehen
§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		Neue Formulierung: Insbesondere bei Anzeichen, die auf ein sicheres Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert der Leistungserbringer nach §132I SGB V die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt.		Die Entwicklung eines solchen Potenzials ist ein Prozess, der einen gewissen Zeitraum in Anspruch nimmt. Unverzüglich ist somit keine klare Vorgabe an das Handeln.	
§ 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	KBV, PatV: ² 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.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.			
			Ablehnung	Zustimmung		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 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 der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen.</p> <p>²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen.</p> <p>³Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt</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 durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann.</p> <p>²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen.</p> <p>³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.			
			Ablehnung	<p>Aufnahmen mit Änderung: ¹Eine 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. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen.</p>	<p>Wenn ein Patient bzw. dessen An- und Zugehörigen pflegerische Tätigkeiten ohne prof. Leistungserbringer übernehmen wollen, ist das deren Entscheidung und nicht die eines Arztes. Eine ggf. erfolgte Zusammenarbeit mit den An- und Zugehörigen ist daher zu wenig.</p> <p>Eine Information an den Arzt bzw. Kostenträger erfolgt durch den Versicherten oder den Leistungserbringer.</p>	Satz 3 streichen Eine Information an den Kostenträger erfolgt durch den Versicherten oder den Leistungserbringer.
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
§ 10	Abs. 7 bzw. 8		<p>KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende</p>	<p>DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende</p>	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

			Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
			Zustimmung	Ablehnung		Telemedizin darf nicht ausgeschlossen werden
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:
			Ablehnung	Zustimmung		Der Behandlungsplan kann nicht Bestandteil der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer intensivpflege sein. Grundsätzlich fehlt es dem G-BA diesbezüglich an der Regelungsbefugnis.
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.			GRUNDSÄTZLICH MÖCHTE WIR FOLGENDEN INHALTEN EIN BESONDERES GEWICHT VERLEIHEN: Fachärzt*innen & Verordnung: <ul style="list-style-type: none"> - Der ausschließliche Einsatz von besonders qualifizierten Fachärzt*innen stellt ein großes Problem für die Versorgungslandschaft dar. Schon jetzt ist es den betroffenen und besonders den Beatmungspatienten, nahezu unmöglich, Fachärzt*innen für ihre medizinischen Betreuung zu finden. Besonders in ländlichen Regionen haben schon nicht-beatmete Versicherte große Not, Termine bei Fachärzt*innen zu vereinbaren. Fachärzt*innen die Hausbesuche anbieten -häufig die einzige Möglichkeit für die betroffene Klientel- sind i.d.R. noch seltener. Der Kreis der Fachärzte sollte also in jedem Fall, um die der behandelnden Hausärzte erweitert werden. Des Weiteren bewähren sich schon jetzt telemedizinische Konsile, 			

die jedoch in der AKI bisher nur innerhalb von forschungsfinanzierten Pilotprojekten (z.B. MeSiB) stattfinden. Die Refinanzierung sollte an anderer Stelle dringend geklärt werden. Wenn höhere Anforderungen an die Fachärztliche Versorgung gestellt werden und davon die weitere Verordnung der AKI abhängig gemacht wird, müssen die Infrastruktur dies auch hergeben. Eine entsprechende Finanzierung von spezialisierten MZEB (<https://bagmzeb.de/mzebs-finden/>) könnte eine weitere Lösung für eine bessere Infrastruktur sein.

Stationäre & ambulante außerklinische Intensivpflege

- Das IPReG sieht vor, die betroffenen Patient*innen um entsprechende Leistung von Eigenanteilen in stationären Einrichtungen (die nach §43 SGBXL Leistungen erbringen) zu entlasten, um die Wahl der Einrichtung nicht von wirtschaftlichen Gründen abhängig zu machen. Diese Anwendung sollte auch im Bereich der ambulanten außerklinischen Intensivpflege gleichgesetzt werden. Die Eigenanteile, die auf Grund der Kostenabgrenzungs-Richtlinie entstehen (Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben nach § 17 Abs. 1b SGB XI vom 16.12.2016), sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, müssen gleichberechtigt berücksichtigt werden. Ansonsten würde sich die unter „Besonderer Teil“ Absatz 3 genannte Negativanreiz für die Betroffenen einfach nur umkehren. Die Entscheidung aufgrund der Qualität der Versorgung, oder der wohnortnähe, würden möglicherweise hinter den wirtschaftlichen Gründen für oder gegen die Wahl einer Einrichtung sprechen.



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.

	GKV-IPReG Think Tank
	22.07.2021 Präambel Versicherte, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung zum Ausgleich ihrer krankheitsbedingten Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen einer besonders anspruchsvollen pflegerischen Versorgung bedürfen, erhalten diese Pflege als umfänglichen Anspruch der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege gem. § 37c SGB V. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht stets, sofern die Vitalfunktion „Atmung“ des Versicherten durchgehend überwacht werden muss. Ebenso erhalten Versicherte, die einer klinischen Versorgung auf einer Intensivstation oder einer intermediate Care Station bedürfen, auf Wunsch anstatt der klinischen Behandlung außerklinische Intensivpflege. Der Anspruch besteht darüber hinaus im Einzelfall, wenn krankheitsbedingt jederzeit die Gefahr einer akut lebensgefährdenden gesundheitlichen Krise besteht, deren Abwendung nicht im zeitlichen Rahmen einer notärztlichen Versorgung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erfolgen kann.

	<p>Das Ziel der außerklinischen Intensivpflege ist es dabei, am Versorgungsort des Versicherten diese Gefahren frühzeitig zu erkennen und auch durch geeignete präventive Maßnahmen zu vermeiden und im Notfall zu kontrollieren. Damit wird den Betroffenen nicht nur unnötiges Leid erspart, sondern auch in den meisten Fällen eine Klinikeinweisung nach Aktivierung der notärztlichen Rettungskette. Zumindest aber profitieren alle Seiten davon, wenn die Eskalation einer Notsituation frühzeitig gestoppt werden kann. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege bestimmt sich nach Maßgabe dieser Richtlinie. Ansprüche aus anderen Büchern des SGB bleiben ungeschmälert bestehen. Der Anspruch auf medizinische Rehabilitation darf nicht durch Leistungen zur außerklinische Intensivpflege eingeschränkt werden.</p>	
Betreffende Passage in der AKI-RL	<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p> <p>↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.</p>	<p>Begründung</p> <p>↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.</p>
§ 1 Grundlagen		
§ 1	Absatz 1	<p>Der § 37 wird mit dem neuen Gesetz nicht außer Kraft gesetzt. § 37c ist eine Ergänzung. Trotzdem wird der Artikel 2 des IPReG (also des gesamten Paketes) erst Ende Oktober 2023 in Kraft treten. Und dieser Artikel 2 nimmt u.a. am alten (aber immer noch gültigen) § 37 im 2. Absatz eine Änderung vor. Statt: „(Satz1) <i>Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreu-</i></p>

			<p>ten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. (Satz 3) Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.“ wird es ab 2023 dann heißen: „(Satz 1 unverändert) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.... (Satz 3 NEU) Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden.“ D.h. erst ab Oktober 2023 tritt für diejenigen, die bisher ihre außerklinische Intensivbetreuung nach dem § 37 erhalten</p>
--	--	--	--

				<p>haben der Leistungsanspruch nach dem neuen § 37c in Kraft.</p> <p>Der Leistungsanspruch aus §37 (2) wird durch die gleichzeitig laufende Änderung der HKP-RL gekürzt. Leistungen der spezialisierten Krankenbeobachtung können spätestens ab 10/2023 nicht mehr verordnet werden. Insofern erfolgt der Ersatz von §37 durch §37c nicht durch das GKV-IPReG sondern durch die parallel zur Erstellung der AKI-RL durchgeführte Änderung der HKP-RL.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte	
			<p>Außerklinische Intensivpflege in Form persönlicher Assistenz im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V kann auf Eigenverantwortung des Versicherten auch durch Personen erbracht werden, die bis zum Inkrafttreten des GKV-IPReG berechtigt waren, häusliche Krankenpflege im Rahmen persönlicher Assistenz zu leisten.</p> <p>Sofern der Verordnungszeitraum nicht durch geeignete Pflegefachkräfte abgedeckt werden kann, kann der Betroffene auf Qualitätsstandards verzichten und andere mit der Versorgung beauftragen.</p>	

§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>
Satz 5 entfällt ersatzlos.			<p>Die erforderliche Qualifikation der Pflegefachkräfte wird ausschließlich durch die Parteien der Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V festgelegt. Satz 5 formuliert eine überflüssige Festlegung, die dem G-BA gemäß gesetzlicher Aufgabenverteilung nicht obliegt. Aus den tragenden Gründen ergibt sich, dass es um solche Anforderungen geht, die in der Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V geregelt sind. Für diese sind aber partiell andere Organisationen zuständig als für die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V. Damit wird eine untergesetzliche Verweiskette ohne gesetzliche Grundlage geknüpft. Sie ermöglicht es, detaillierte Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte aufzustellen, für die es nicht nur keine gesetzliche Grundlage gibt, sondern die geeignet sein können, den Leistungsanspruch durch unpassende Anforderungen auszuhöheln. § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V ermächtigt den G-BA zu alledem nicht; insbesondere ist nirgend geregelt, dass Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V den Leistungsanspruch nach § 37c SGB V konkretisieren dürfen.</p>

				<p>Die einschlägige Rechtsprechung des BSG sieht ein „Nebeneinander“ von Richtlinie und Rahmenempfehlungen vor, da diese unterschiedliche Regelungsbereiche betreffen. Diese Unterscheidung ohne Zugewinn zu verwischen und in den Zuständigkeitsbereich der Parteien der Rahmenempfehlungen einzugreifen setzt die den Richtlinienentwurf erheblichen rechtlichen Bedenken aus.</p> <p>Vielerorts werden für die von vielen Versicherten nicht nur gewünschte, sondern für sie auch medizinisch notwendige 1:1-Versorgung (die häufig Interventionsbereitschaft innerhalb von zwei Minuten erfordert und inkompatibel ist mit einer Pflegefachkraft, die für mehr als einen Versicherten gleichzeitig zuständig ist) nicht genügend Pflegefachkräfte im Sinne der Rahmenrichtlinie vorhanden sein. Dem selbstständig lebenden und im Sinne des Gesetzes mündigen Versicherten muss demnach möglich sein, die 1:1-Versorgung über die Versorgung ausschließlich mit Intensivpflegefachkräften zu priorisieren.</p> <p>Nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt ist die Zuteilung von Regelungsbefugnissen zur Eignung der Pflegekräfte an die für die Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V zuständigen Organisationen in § 1 Abs. 1 S. 6/7 RL-E. Damit wird eine untergesetzliche Verweiskette ohne gesetzliche Grundlage geknüpft. Sie</p>
--	--	--	--	--

				ermöglicht es, detaillierte Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte aufzustellen, für die es nicht nur keine gesetzliche Grundlage gibt, sondern die geeignet sein können, den Leistungsanspruch durch überzogene Anforderungen auszuhöhlen.
§ 1	Absatz 2	Satz 3: ...erfolgt auf Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen <u>und pflegewissenschaftlichen</u> Erkenntnisse.		
§ 1	Absatz 3	Satz 1 wird gestrichen.		Begründung für Streichung von Satz 1: § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V bestimmt ausdrücklich und unmissverständlich, dass es getrennte Regelungen für die dort genannten Personengruppen geben muss. Dies soll den besonderen Schutz der Minderjährigen und der Familie sicherstellen. Im Gesetzgebungsprozess wurde der Schutz dieser hochgradig sensiblen Gruppen besonders betont, weshalb § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V ausdrücklich getrennte Regelungen für Kinder und Jugendliche einerseits und Erwachsene andererseits vorschreibt. Ein Richtlinienentwurf, der dies nicht berücksichtigt verstieße nicht nur gegen die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage, sondern wäre zudem verfassungsrechtlich bedenklich. Selbst wenn keine eigene Richtlinie für Kinder und Jugendliche erlassen werden

		<p>[Satz 1 neu]</p> <p>Im Umgang mit der oder dem Versicherten (und seinen Zu- und Angehörigen bzw. Stellvertretern) entspre-</p>	<p>muss, greift der vorliegende Entwurf bei diesem verfassungsrechtlich heiklen Thema entschieden zu kurz. Stattdessen muss für jede Regelung gesondert geprüft werden, ob diese auch für Kinder und Jugendliche so gelten kann.</p> <p>Des Weiteren etabliert Abs. 3 Satz 1 eine gänzlich neue Anspruchsvoraussetzung, für die es keine Rechtsgrundlage gibt. Der Anspruch wird davon abhängig gemacht, dass der Versicherte die außerklinischen Intensivpflege nicht selbst durchführen kann; zudem muss seine „gesundheitliche Eigenkompetenz“ berücksichtigt werden. Diese allgemein gehaltenen Begrifflichkeiten werden im Gesetz selbst nicht verwendet und sind aufgrund ihrer hohen Konkretisierungsbedürftigkeit geeignet, eine Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen einzuführen. Sie versetzen die Krankenkassen in einem durch das Gesetz nicht ansatzweise gedecktem Umfang in die Lage, über die Anspruchsvoraussetzungen zu disponieren.</p> <p>Begründung für *Grundsätze zum Umgang mit der oder dem Versicherten (vgl. §3 Abs. 3 bzw. 4; auch Abs. 6 bzw. 7, Satz 1 und mehrere andere Stellen):</p>
--	--	---	--

		<p>chend ihres/seinen Status als Leistungsempfänger, Persönlichkeiten und Rechtspersonen angemessen ist Rechnung zu tragen.</p>	<p>Die oder der Versicherte ist eine Rechtsperson, die im Falle von Nichteinwilligungsfähigkeit durch An- und Zugehörige, Betreuer oder bevollmächtigte vertreten wird. Entsprechend ist diesen Rechtspersonen nicht nur eine nicht näher definierte Mitwirkung oder Beteiligung einzuräumen, sondern eine verbindliche Beratung und Einwilligung (informed consent) an jeder Entscheidung über sie betreffende Änderungen der Therapieziele und -entscheidungen und allen Verordnungen. Mit der oder dem Versicherten und mit ihrer oder seiner Stellvertretung ist gleichwertig und gleichberechtigt "auf Augenhöhe" zu verfahren. Die Selbstbestimmung, das Wunsch- und Wahlrecht, das Patientenrecht auf "Zweite Meinung" und der (mutmaßliche) Wille der oder des Versicherten bzw. ihrer oder seiner Zu- und Angehörigen bzw. ihrer oder seiner Stellvertretung als Rechtsperson sind zu wahren.</p> <p>In Konflikten und bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollte neben einer "Zweiten Meinung" das Mittel des Ethikrats oder des Ethikfallgesprächs eingesetzt werden. Das Votum der "Zweiten Meinung" und/oder die stattgefundenene Information, Beratung, Aufklärung, der Gesprächsverlauf, entsprechende Voten und die Entscheidung (Konsentierung) im</p>
--	--	---	---

		<p>Satz 2 wird gestrichen</p> <p>[Satz 2 neu]</p> <p>Der Auftrag des Gesetzgebers, Inhalt und Umfang sowie die aufgelisteten Anforderungen jeweils für Kinder und Jugendliche und volljährige Versicherte <u>getrennt</u> festzulegen wird mit einer allgemeinen Klausel nicht ansatzweise in ausreichendem Maße berücksichtigt. Selbst unter Einbeziehung der in den folgenden Paragraphen (z.T. nur von einzelnen Verbänden vorgeschlagenen) vorgesehenen Regelungen ergibt sich kein stimmiges Bild, welches dem ausdrücklichen Auftrag des Gesetzgebers genügen würde.</p> <p>Neuformulierung Satz 4: "Dabei sind die Ressourcen im häuslichen Umfeld zu fördern."</p>	<p>Ethikteam sollte dokumentiert und das Protokoll den beteiligten Rechtspersonen ausgehändigt werden.</p> <p>Begründung für Änderung von Satz 4: Es fehlt die klare Definition dessen, was unter "... und angemessen zu berücksichtigen" zu verstehen ist und lässt willkürliche Interpretationen zu.</p>
--	--	--	--

§ 1	Absatz 4	<p>Absatz 4 wird komplett gestrichen</p> <p>[Absatz 4 neu]</p> <p>Der Versicherte kann in Wahrnehmung seines Aufenthaltsbestimmungsrechts frei über den Ort entscheiden, an dem er außerklinische Intensivpflege erhält. Das Recht auf die „Leistung“ ist gemäß fachärztlicher Verordnung aus medizinisch pflegerischen Gründen nicht ortsgebunden.</p>	<p>Die UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK, besagt: „Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben ...“ (Artikel 19 „Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK). Es besteht ein Recht auf individuelle Lebensplanung.</p> <p>Das Recht auf die „Leistung“ ist gemäß fachärztlicher Verordnung aus medizinisch pflegerischen Gründen nicht ortsgebunden. Der Leitsatz der deutschen Gesundheitspolitik „ambulant vor stationär“, der besagt, „dass zuerst alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden müssen, bevor ein Patient oder ein Pflegebedürftiger im Krankenhaus, im</p>
-----	----------	---	--

			<p>Pflegeheim oder in einer Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird,“ (Sozialverband VdK Deutschland e.V., Ines Klut, Ambulant vor stationär: Vorteile für Patienten, 29. Mai 2017) wird durch das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - GKV-IPReG) umgekehrt, ohne einen wissenschaftlichen Beleg dafür zu geben, dass dies für die Betroffenen qualitativ eine Verbesserung ist. Wir lehnen deshalb diese Umkehrung und Bevorzugung vollstationärer Pflegeeinrichtungen für Menschen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf ab.</p> <p>Die Wahl des Ortes der Leistungsgewährung muss auf der Grundlage des uneingeschränkten Aufenthaltsbestimmungsrechts erfolgen; die Umsetzung darf nicht gegen den Willen der Betroffenen erfolgen und auch nicht durch Kürzungen von Leistungen indirekt gesteuert werden.</p> <p>Die ungleiche Behandlung der in § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V genannten Orte durch Abs. 4 S. 1 ist von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage nicht gedeckt. Nicht nur aus dem Wortlaut des § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V, sondern auch aus seiner systematischen Stellung lässt sich ab-</p>
--	--	--	--

				leiten, dass der G-BA für die erst in Abs. 2 der Vorschrift geregelten Orte der Leistungserbringung gar keine Regelungskompetenz hat. Erst recht ist er nicht befugt, den Kreis dieser Orte zu beschränken oder Anforderungen an diese zu stellen, die das Gesetz nicht enthält.
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass <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). 	
			Ablehnung des KBV, DKG, GKV-SV Zusatzes	Der G-BA hat hier keine Regelungskompetenz. Im Fall der Leistungserbringung in der eigenen Häuslichkeit gilt die Unverletzlichkeit der Wohnung und auch Orte, an denen der Versicherte sich nur gelegentlich und nicht dauerhaft aufhält, unterliegen dem Aufenthaltsbestimmungsrecht des Versicherten und sind nicht zu beurteilen.

				<p>Entgegen der Auflistung des § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V fügt Satz 4 eine Differenzierung zwischen den im Gesetz in Ziffer 4 genannten Orten ein. Dadurch schafft Satz 4 zusätzliche Voraussetzungen, die dem gesetzlichen Anspruch fremd sind und für den verfassungsrechtlich fundierten Teilhabeanspruch der Betroffenen problematisch sein können.</p> <p>Ziffern 1 und 3 sind letztlich Wiederholungen aus § 12 und § 37c SGB V, die keinen eigenständigen Regelungsgehalt haben. Ziffer 2 kollidiert potenziell mit Satz 2, wonach (im Einklang mit der gesetzlichen Vorgabe) berechtigten Wünschen des Versicherten zu entsprechen ist.</p> <p>Der Versicherte besitzt außerdem das Recht, sich im Rahmen der Zumutbarkeit für die Pflegefachkraft auch vorübergehend an Orten aufzuhalten, die rein nach medizinischen Kriterien eventuell als unvernünftig einzustufen sind.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			Übernahme der PatV und Ergänzungsvorschlag im Satz 1:	

			<p>Außerklinische Intensivpflege muss für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthaltes und einer stationsrelevanten psychiatrischen Behandlung weiter verordnet werden, wenn die entsprechende Abteilung der stationären Einrichtung die Leistungsvoraussetzungen des § 37c (1) Satz 1-2 SGB V in apparativer und personeller Hinsicht nicht erfüllt bzw. aufgrund ihres Versorgungsauftrags nicht erfüllen muss.</p> <p>Streichung von Satz 2 und 3</p> <p>Kliniken müssen während des Zeitraums der klinischen Versorgung der Patienten wenigstens die gleichen Qualitätsstandards der Leistungserbringer die gem. § 132 I SGB V zugelassen sind erfüllen. Sofern diese Versorgungsstandards nicht gewährleistet werden, besteht der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auch während des klinischen Aufenthaltes fort. Gleiches gilt für Rehabilitationseinrichtungen, Mutter-Kind-Einrichtungen, etc.</p>	
§ 1	Absatz 6		Streichung des Absatz 6	Begründung: Absatz 6 ist eine Selbstermächtigung.
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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</p>	

		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 § 132l Absatz 1 SGB V.	
		Ergänzung Absatz 8 Das persönliche Budget und die persönliche Assistenz sind hiervon ausgenommen.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege			
§ 2	Absatz 1	Absatz 1 ersatzlos streichen	
§ 2	Absatz 2	<p>Änderung der Formulierung der Therapieziele in Satz 1 (Die Aufzählung beginnt mit "Therapieziele sind" nach einem Punkt. An sich ist es somit Satz 2, lasse es aber bei der Zählung des GBA-Entwurfs):</p> <p>...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring, Überwachung und Sicherstellung von Vitalfunktionen, 2. Vermeidung, Erkennung und Sofortbehandlung lebensbedrohlicher Komplikationen sowie 3. die Verbesserung der Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen zum Erhalt und Förderung des körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens 	Begründung Änderung zu Satz 1: Dieser Absatz enthält sehr elementare Grundsätze, weshalb er ergänzt werden muss. Zudem muss der Gesundheitsbegriff i.S. des WHO-Begriffs erweitert werden. Damit sind Lebensqualität und Teilhabe miterfasst.

			(Gesundheitsdefinition WHO), der Lebensqualität und der Rehabilitations- und Teilhabefähigkeit (ICF, UN-BRK, BTHG) 4. der individuell auszutarierende Einsatz intensivmedizinischer Einzelmaßnahmen zur Förderung von Kommunikation (besseres Sprechen mit Beatmungsdruck), oraler Kost (Nutzung Absaugoption bei Aspiration) und Mobilität (entsprechende technische Ausstattung mit mobilem Gerät).			
§ 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	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			<p>festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
			<p>[Zustimmung zu GKV-SV, KBV, PatV]</p> <p>Änderung von Satz 2 oder 3 (Aufzählung 1-4 und Satz 4 oder 5 (Zählung im GBA-Entwurf falsch, müsste 3 oder 4 heißen) Aufzählung 1-8)</p> <p>Hierbei sind die erforderlichen <u>therapeutischen</u> Maßnahmen mit dem Ziel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der ausreichenden Augmentierung der alveolären Ventilation, 2. der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum Weaning-Versagen geführt haben, <u>soweit überhaupt ein Potenzial diagnostiziert wurde,</u> 3. die Wiederherstellung der atemmuskulären Kapazität <u>bzw. deren dauerhafte Funktionserhaltung durch intermittierende, kontrollierte Erholungsbeatmung</u> sowie 4. <u>der (Wieder)erlangung einer subjektiv befriedigenden (teil)oralen Ernährung bei Schluckstörung</u> 	<p>Begründung Punkt 2: Eingrenzung des Begriffs “Weaningversagen” (mit allen Vorbehalten) auf die Betroffenen, bei denen von einem Potenzial ausgegangen werden konnte, welches sich dann nicht erfüllt hat.</p> <p>Begründung Punkt 3: Ein Schnell-Schnell-Weaning um jeden Preis darf nicht das Ziel sein.</p> <p>Begründung Punkt 4: Die erste Klammer hebt auf Kinder mit kongenitaler Schluckstörung ab und die zweite Klammer darauf, dass es hier kein Entweder-Oder gibt,</p>	

		<p>zu ergreifen.</p> <p>Daraus ergeben sich insbesondere folgende unterstützenden Maßnahmen:</p> <p>1. - streichen</p> <p>2. die Reduktion des inadäquaten Atemantriebs und der Atemarbeit <u>durch intermittierende, kontrollierte Erholungsbeatmung,</u></p> <p>3. <u>Sicherstellen einer den Bedarf deckenden Ernährung, evt. supplementiert über einen künstlichen Nahrungsweg.</u></p> <p>4. - streichen -</p>	<p>dass also PEG orale Ernährung ausschließt, wie vielfach im öffentlichen Diskurs unterstellt.</p> <p>Begründung Änderung der Maßnahmen: Es wäre besser, Ziele (Satz 2 oder 3) und Maßnahmen (Satz 4 oder 5) für die einzelnen Punkte zusammenzufassen.</p> <p>Punkt 1: Streichung, da es sich hier um ein Ziel und keine Maßnahme handelt.</p> <p>Deshalb könnte in Punkt 3 von Satz 2 oder 3 der Hinweis auf die intermittierende, kontrollierte Erholungsbeatmung auch zugunsten des Punkt 2 von Satz 4 oder 5 wegfallen.</p> <p>Punkt 3 von Satz 4 oder 5: So weit soll es doch wohl gar nicht kommen. Ernährung ist Menschenrecht und keine Behandlung (wie es leider die höchstrichterliche Rechtsprechung zur PEG etc. weismachen will).</p> <p>Begründung von Streichung von Punkt 4: Was ist mit Verbesserung der vegetativen und neuromuskulären Funktion zu verstehen? Blasentraining, Stuhlregulierung, Abführmittel, Saunagänge für besseres Schwitzen?</p>
--	--	---	---

			<p>5. die (Teil-) Mobilisation <u>mit geeigneten Hilfsmitteln zur Erlangung einer (teil)autonomen Mobilität,</u></p> <p>6. adäquates Trachealkanülenmanagement mit konsequenter Rachenbelüftung auch unter Beatmung zur Unterstützung der therapeutischen Maßnahmen bei Dysphagie und eingeschränkter Sprechfunktion,</p> <p>7. - streichen</p> <p>8. adäquates Speichel- und Sekretmanagement.</p> <p>Absatz 3a: Um die Therapieziele zu unterstützen kann die Therapiebegleitung und -überprüfung auch mittels online übertragbare Therapiedaten als asynchrone, zeitversetzte Datenübertragung aufbereitet und analysiert werden (Telemonitoring). Dies kann in Kombination mit Videokonferenzen oder Videokonsultation genutzt werden und wie folgt zum Einsatz kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zur Vermeidung lebensbedrohlicher Situationen, die nicht akut entstehen, sondern als tendenzielle Verschlechterung zu bewerten sind. 	<p>Begründung Ergänzung von Punkt 5: Die Ergänzung ist nötig, weil nicht als Ziel in der Aufzählung in Satz 2 oder 3 aufgeführt.</p> <p>Begründung Streichung von Punkt 7: Es handelt sich um eine unnötige Wiederholung</p> <p>Telemonitoring, Televisiten, Telekonsile, Tele-Care und/oder Videokonferenzen unterstützen die Weiterbetreuung in der außerklinischen Intensivversorgung, soweit technisch möglich und mit vorheriger Zustimmung der intensivpflegebedürftigen Personen.</p> <p>Telemonitorische Trenddaten sollten zur Beurteilung der Beatmungssituation hinzugezogen werden, um eine Therapiezielerreichung, insbesondere die Verbesserung der Lebensqualität und Vermeidung lebensbedrohlicher Komplikationen zu unterstützen. Die S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“ (Überarbeitung</p>
--	--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Zeitnahe Behebung von Problemen z.B. bei Unter- oder Überschreitung der im Behandlungsplan definierten Grenzwerte der Vitalzeichen • Zur Interpretation und Bewertung der Daten in regelmäßigen Fallbesprechungen mit dem interprofessionellen Team, mindestens aber mit behandelndem und mit den telemonitorischen Daten vertrauten Arzt / Ärztin und der betreuenden Pflegeperson Speziell ausgebildetes Fachpersonal, insbesondere Atmungstherapeut*innen und das therapeutische Team, sollte möglichst hinzugezogen werden. • Die Potenziale der Betroffenen müssen dabei durch ärztliche Diagnosen und Pflegediagnosen eindeutig erhoben oder ausgeschlossen worden sein. Hier können telemonitorisch ermittelte Trenddaten zur Beurteilung hinzugezogen werden. <p>Den Bedarfen von Versicherten, die seit dem Kindesalter komplex erkrankt sind, ist besonders Rechnung zu tragen.</p>	<p>2019, S. 115) beschreibt die Möglichkeiten von digitalen Lösungen wie folgt: „Mit Hilfe telemedizinischer Anwendungen wie beispielsweise Televisiten und geeigneten vertraglichen Lösungen zur intersektoralen Zusammenarbeit könnten so künftig Experten für außerklinische Beatmung aus den Beatmungs- und Weaning-Zentren niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und Patienten im ambulanten Bereich unterstützen. Auch Patienten nach prolongiertem Weaning können hiervon profitieren. Regelmäßige Televisiten durch ein Beatmungszentrum könnten Patienten mit Weaningpotential identifizieren und zeitgerecht einem erneuten Weaningversuch zugeführt werden. Darüber hinaus könnten Televisiten zwischen Intensivstationen, Rehabilitationskliniken und spezialisierten Weaning-Zentren den Prozess der Indikationsstellung zur invasiven außerklinischen Beatmung unterstützen und interdisziplinäre Konferenzen zu einem verbindlichen Element des Entlassmanagements werden lassen.“</p> <p>Begründung des Hinweises auf Erkrankungen, die seit dem Kindesalter bestehen: Kinder kompensieren lange Zeit, bevor tatsächlich eine lebensbedrohliche Situation eintritt.</p>
§ 2	Absatz 4		Ergänzungen Absatz 4 (fett)	

		<p>(4) Ergibt sich im Zuge der Umsetzung der Therapieziele und Maßnahmen nach Absatz 3 bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit nach Aufklärung und Einverständnis des oder der oder dem Versicherten unverzüglich nach Kontaktaufnahme mit einer auf Teilhabe orientiertes Beatmungs- und Trachealkanülenmanagement spezialisierten Institution weitere Maßnahmen ein.</p> <p>Wenn der Versicherte in der Häuslichkeit gewohnt werden will, muss unter Einbeziehung der Pflegekräfte vor Ort, auch außerklinisches Weaning mit Begleitung durch Facharzt / Fachärztin / atmungstherapeutischer Unterstützung möglich sein. Sollte kein Facharzt im außerklinischen Bereich zur Verfügung stehen, sollte die Klinik entsprechende Fachärztin / Facharzt beauftragen.</p> <p>Aus einer Ablehnung des stationären Weanings dürfen ihm keine Nachteile entstehen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt keine Evidenz für die Überlegenheit des stationären Weanings gegenüber dem häuslichen/ambulanten Weaning. • Es gibt nicht genug Weaningzentren, weder im Erwachsenen- noch im Kinderbereich. Die vorhandenen sind inhomogen über die Republik verteilt. • Auch die Weaningzentren leiden an dem Personalmangel, insbesondere in der Pflege. • Speziell im Kinderbereich ist das Setting von immenser Bedeutung für das Weanen. Kann der Prozess in der Häuslichkeit stattfinden, fallen stark störende Einflüsse wie Angst des Patienten, Infektionsrisiko, gestörter/ veränderter Nachtschlaf, da andere Umgebung, weg.
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">• Der Patient muss sich nicht auf neue Menschen einstellen, Verständnisprobleme, insbesondere bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, fallen weg.• Wenn schon stationäres Weaning, dann mindestens heimatnah, wodurch die lokalen Besonderheiten adäquat berücksichtigt werden können (incl. der medizinischen Ressourcen der Region). Ein Weanen in der Uniklinik Tübingen ist insofern für Menschen vom nördlichen linken Niederrhein nicht unbedingt vorteilhaft bzw. sehr kommunikationsaufwändig. Mit dem Weanen allein ist es ja dann nicht getan: wer kümmert sich, wenn ein Luftwegsinfekt nach Dekanülieren oder Entwöhnung auftritt? Soll der Mensch dann 500 km fahren, um Rat und Therapie zu bekommen?• Stationäres Weaning sollte dann erwogen werden, wenn im ausserklinischen Setting nicht lösbare Probleme auftreten. <p>Die S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“ (Überarbeitung 2019, S. 115) beschreibt die Möglichkeiten von digitalen Lösungen wie folgt: „Mit Hilfe telemedizinischer Anwendungen wie beispielsweise Televisiten und geeigneten vertraglichen Lösungen zur intersektoralen</p>
--	--	--	---

			Zusammenarbeit könnten so künftig Experten für außerklinische Beatmung aus den Beatmungs- und Weaning-Zentren niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und Patienten im ambulanten Bereich unterstützen.“
§ 2	Absatz 5	(Änderungsvorschlag zum Absatz 5, Ergänzungen fett) (5) Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten aufgrund der Diagnose und des Erkrankungsverlaufs kein Potenzial zum Weaning von der Beatmung oder Dekanülierung, werden diese Hilfsmittel (Beatmungsgerät und Trachealkanüle) im Sinne von § 47 (1) 3. und § 84 (1) SGB IX weiter eingesetzt und betrieben , keine Aussicht auf um mit ihrer Hilfe durch nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung, ist die Zielsetzung die der Therapieoptimierung und damit die Besserung der Lebensqualität zu erreichen .	Die aktive Rolle, die die Hilfsmittel für die Verbesserung der Lebensqualität spielen (statt “Weaningversagen”), muss hervorgehoben werden. Hier die genannten Gesetzesgrundlagen: (§ 47 SGB IX – Hilfsmittel): <i>(1) Hilfsmittel (...) ... umfassen die Hilfen, die von den Leistungsberechtigten getragen oder mitgeführt ... und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um ... 3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, ...</i> (§ 84 SGB IX – Hilfsmittel): <i>(1) Die Leistungen umfassen Hilfsmittel, die erforderlich sind, um eine durch die Behinderung bestehende Einschränkung einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auszugleichen.</i>
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege			

§ 3	Absatz 1	<p>Die Gruppe der Versicherten, denen außerklinische Intensivpflege verordnet werden darf, ist sehr heterogen. Das muss in der Richtlinie berücksichtigt werden, denn es handelt sich um:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzzeitig Betroffene (nach OPs, schweren Komplexerkrankungen) • Mittelfristig Betroffene, bei denen Prolongiertes Weaning nicht ausgeschlossen ist. • Langzeitig Betroffene, denen außerklinische Intensivpflege (mit oder ohne Beatmung und mit oder ohne Trachealkanüle) das Leben sichert, den Gesundheitszustand erhält, verbessert oder stabilisiert und damit Voraussetzung zur Sicherung sozialer Bezüge und der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ist. • Speziell Betroffene, die aufgrund ihres Alters oder komplexer Erkrankungen andere spezielle Bedürfnisse und Bedarfe haben. • Nicht beatmete Menschen, die einer außerklinischen Intensivpflege bedürfen, mit zumeist neurologischen Krankheitsbildern oder Versicherte, die auch nach einer Dekanülierung weiterversorgt werden müssen. 	<p>Weil die Personengruppe sehr heterogen ist, ist eine Differenzierung notwendig.</p> <p>Es handelt sich um:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzzeitig Betroffene (nach OPs, schweren Komplexerkrankungen): Hier sind stringente, strukturierte, stationäre Maßnahmen in spezialisierten Einrichtungen (unter kurativer Zielrichtung wie Weaning und Dekanülierung) angemessen, sofern eine ärztliche Anamnese, Diagnose und, bezüglich Weaning und Dekanülierung, eine erfolversprechende Prognose vorliegen. • Mittelfristig Betroffene, bei denen Prolongiertes Weaning nicht ausgeschlossen ist. Bei Erkrankungen von mehr als sechs Monaten handelt es sich um Behinderungen. • Langzeitig Betroffene, denen außerklinische Intensivpflege (mit oder ohne Beatmung und mit oder ohne Trachealkanüle) das Leben sichert, den Gesundheitszustand erhält, verbessert oder stabilisiert und damit Voraussetzung zur Sicherung sozialer Bezüge und der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ist. • Speziell Betroffene, die aufgrund ihres Alters oder komplexer Erkrankungen andere spezielle Bedürfnisse und Bedarfe haben.
-----	----------	---	--

			<p>Mittel- und langfristig betroffene Patient*innen mit intensivpflegerischem Bedarf sind in der Regel behinderte Menschen sowie chronisch krank, pflege-/assistenzbedürftig und überwachungspflichtig. Technologieabhängigkeit und der Bedarf ständiger Interventionsbereitschaft und Prävention in diesem Sinne, teilweise auch ohne Vorliegen von Tracheostoma/Beatmung, sind charakteristische Merkmale. Manche Diagnosen sind fortschreitend und lebenslimitierend, andere gehen (bei Dauerbeatmung) mit einer nahezu normalen Lebenserwartung einher. Der Besuch von Einrichtungen der frühkindlichen und gemeinschaftlichen Bildung/Ausbildung/Berufstätigkeit dieser Menschen ist als Recht/Pflicht anzusehen, der Lebens- und Versorgungsort gemäß UN-Behindertenrechtskonvention frei wählbar.</p> <p>Nicht beatmete Menschen, die einer außerklinischen Intensivpflege bedürfen, weisen zumeist neurologische Krankheitsbilder auf, die zu Hirnfunktionsstörungen, z. B. therapieresistenten Epilepsien, angeborenen Syndromen, Stoffwechselerkrankungen außer Diabetes mellitus oder schweren Erkrankungen des zentralen Nervensystems, angeboren oder erworben, führen. Diese Betroffenen können auch unvorhersehbar in akut lebensbedrohliche Situationen geraten, die einer sofortigen pflegfachkundigen Intervention im Sinne</p>
--	--	--	---

			<p>des § 37c bedürfen. Es gibt viele Betroffene, die auch nach einer Dekanülierung weiterversorgt werden müssen. So werden nicht selten beispielsweise Kinder nach einer Phase, in der sie eigenständig atmen können, durch einen Infekt doch wieder beatmungspflichtig.</p> <p>Verbleibt bei einem Menschen nach Ausschöpfung aller kurativmedizinischer Behandlungsoptionen ein Gesundheitszustand, der weiterhin eine zeitlich nicht vorhersehbare Interventionsbereitschaft zur Abwendung von vital bedrohlichen Zuständen i.S. des § 37c erforderlich macht, besteht die Verpflichtung, den Betroffenen eine unmittelbar sich anschließende zunächst stationäre Maßnahme anzubieten (leistungsrechtlich § 39 SGB V, z.B. in einem Weaningzentrum oder nach Phase B (BAR) neurologische Frührehabilitation). Diese hat nicht primär die Abheilung des Grundleidens, wohl aber das Wiedererlangen von Fähigkeiten und Funktionen, d.h. die Überwindung von Aktivitäts- und Teilhabebarrrieren (i.S. des BTHG - SGB IX) zum Ziel</p> <p>1. bei vorhandenem Potenzial, welches sich aus Diagnose, individuellem Krankheitsverlauf sowie klinischem Assessment ergibt, das Risiko für lebensbedrohliche Ereignisse und damit die Inanspruchnahme jederzeitiger Interventionsbereitschaft zu mindern, bestenfalls zu</p>
--	--	--	---

			<p>beseitigen (Stichworte: Beatmungs-Weaning, Dekanülierung)</p> <p>2. bei nicht vorhandenem Potenzial, welches sich ebenfalls aus Diagnose, individuellem Krankheitsverlauf sowie klinischem Assessment ergibt, eine gleichberechtigte Teilhabe mit Behinderung an Familie, Gesellschaft und Berufsleben sicherzustellen und das Wiedererlangen von kulturellen Fähigkeiten wie Kommunikation, selbstbestimmte Mobilität und orale Kost durch Ausschöpfung der Möglichkeiten von intensivmedizinischem Equipment, wie z.B. Beatmung (Sprechen mit dem Beatmungsdruck des Beatmungsgerätes), Teilhabe orientiertes Trachealkanülenmanagement (zur sicheren Beseitigung von Aspiration) sowie den Einsatz weiterer medizinischer Hilfsmittel.</p> <p>3. Die unter 1. und 2. genannten Maßnahmen können in zeitlichen Intervallen angeboten werden (sog. Intervallbehandlung), wenn während der außerklinischen therapeutischen und pflegerischen Behandlung Hinweise auf eine positive Weaningprognose und die weitere Förderung von Fähigkeiten diagnostiziert werden.</p> <p>4. Der Weaningauftrag des § 37c kommt nur für einen Teil der Betroffenen in Frage. Bei dauerhaft nicht vorhandenem Potenzial, welches sich wie in 1. und 2. auch aus Diagnose, individuellem Krankheitsverlauf sowie</p>
--	--	--	--

						klinischem Assessment ergibt, liegt in Bezug auf die ursprüngliche kurative Zielsetzung (Sozialgesetzbuch V) zwar eine infauste Prognose vor, nicht aber in Bezug auf Teilhabe (Sozialgesetzbuch IX, Bundesteilhabegesetz).		
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fäl-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>len 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

			Voraus be- stimmt werden können.				
			Die 3 Alternativvorschläge werden durch den Änderungs-vorschlag zu Absatz 1 ersetzt (s.o.)				
§ 3	Absatz 2						
§ 3	Absatz 3						
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich wei-	PatV: (3) ¹ 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	GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>tere 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
			<p>Ablehnung</p>	<p>Zustimmung PatV</p> <p>ergänzend: Ist die Beatmung nicht vorrangig wegen einer Erkrankung der Lunge indiziert, sind vor der Einleitung weiterer Maß-</p>	<p>Autonomie und Selbstbestimmung können nicht an bestimmte körperliche, kognitive und/oder motorische Fähigkeiten gebunden sein, sie müssen immer gewährleistet sein. Der Mensch mit intensiv-</p>	<p>Insbesondere bei Versicherten, die seit dem Kindesalter auf eine intensivmedizinische Behandlung angewiesen sind, verläuft die physiologische und psychosoziale Entwicklung hochgradig individu-</p>

				<p>nahmen die an der Behandlung des Versicherten beteiligten Fachärzte in die Abstimmung einzubeziehen.</p>	<p>medizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf ist nicht Objekt, sondern Subjekt des Behandlungsprozesses. Nur mit Zustimmung der Betroffenen darf z.B. ein Weaning (wovon auch immer) eingeleitet werden. Wer Weaning nicht möchte, hat das Recht, dieses abzulehnen, ohne dass dies Sanktionen in Form von Leistungskürzungen zur Folge haben.</p> <p>Über die Wahl des Ortes (stationär oder ambulant) für die Entwöhnung entscheidet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nach eigenem Wissen und Gewissen gemeinsam mit dem oder der Versicherten.</p> <p>Generell ist begründend anzumerken: GKV-SV und</p>	<p>ell. Diese komplexen Erkrankungsverläufe bedürfen einer individuellen interdisziplinären Behandlung. Die Beatmungsindikation berücksichtigt dabei nicht selten weitere gesundheitliche Aspekte wie zum Beispiel die gesundheitliche Entwicklung, Sprachfähigkeit, Belastbarkeit und Ausdauer, Lebensqualität und Teilhabefähigkeit. Die Beatmung oder eine Trachealkanüle können auch andere Krankheitsfolgen ausgleichen und so wesentlich zur Verbesserung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes beitragen.</p> <p>Da die Leitlinien für die Entwöhnung von einer Beatmung bzw. Entfernung der Trachealkanüle</p>
--	--	--	--	---	---	--

					<p>KBV aber auch DKG (in diesem Falle nicht explizit) beschreiben an vielen Stellen im RL-Entwurf Verfahrensweisen, die das Entlassmanagement aus der Intensivstation direkt in die AKI verfahrensrechtlich regeln sollen. All das wäre überflüssig, wenn der VERPFLICHTUNG zum Angebot von Weaning UND Rehabilitation in spezialisierten Einrichtungen entsprochen würde. (siehe Begründung in § 3 Absatz 1)</p>	<p>keine Evidenz für die Entwöhnung dieser Patientengruppe ausweisen, kann die Feststellung, ob tatsächlich ein Entwöhnungspotential vorhanden ist, insbesondere in diesen Fällen nur im interdisziplinären Austausch erfolgen.</p>
§ 3	Absatz 3 bzw. 4	<p>Ist aufgrund der Diagnose und des Verlaufs der Erkrankung die Prognose für Weaning oder Dekanülierung infaust im Sinne einer kurativen Therapie, so ist damit nicht automatisch eine verkürzte Lebenserwartung zu erwarten.</p> <p>Ein zusätzlicher Anspruch für Palliativmedizinische Fachkompetenz kann im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten gemäß § 2 und 3 der SAPV-RL des G-</p>			<p>SAPV soll eine zusätzliche Leistung zur AIP sein, und nicht einander ausschließen.</p>	

			<p>BA gemäß § 39b (3) SGB V durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt geltend gemacht werden, wenn die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind (Begrenzung der Lebenserwartung auf Tage, Wochen und Monate).</p> <p>Weaning- und Dekanülierungsversagen allein sind kein Kriterium für die Inanspruchnahme palliativmedizinischer Fachkompetenz.</p>	
§ 3	Absatz 4 bzw. 5		<p>Nach der persönlichen Untersuchung für die Erstverordnung sind Folgeverordnung auch im Rahmen von Telemedizin und Televisiten möglich.</p>	<p>Nach dem ersten Live-Assessment muss der Einsatz von Telemedizin und Telemonitoring möglich sein, um so dem Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten begegnen zu können. Langfristig müssen die Strukturen entsprechend angepasst werden.</p>
§ 3	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	<p>PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.</p> <p>Zustimmung zu Vorschlag der PatV.</p> <p>Ergänzung: In einem definierten Netzwerk mit entsprechenden interprofessionellen Netzwerkteilnehmern und Experten für außerklinische Beatmung, die die außerklinische Intensivversorgung gewährleisten, kann die Voraussetzung für die Verordnung außerklinischer</p>	<p>Die S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“ (Überarbeitung 2019, S. 115) beschreibt die Möglichkeiten von digitalen Lösungen wie folgt: „Mit Hilfe telemedizinischer Anwendungen wie beispielsweise Televisiten und geeigneten vertraglichen Lösungen zur intersektoralen Zusammenarbeit könnten so künftig Experten für außerklinische Beatmung aus den Beatmungs- und</p>

		<p>Intensivpflege auch mittels telemedizinischer Anwendung (z.B. Videosprechstunde und/oder telemonitorisch ermittelter und auslesbarer Therapiedaten (wenn vorhanden) festgestellt werden.</p>	<p>Weaning-Zentren niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und Patienten im ambulanten Bereich unterstützen.“</p>
§ 3	Absatz 5 bzw. 6	<p>Die Dynamik der Grunderkrankung ist so zu berücksichtigen, dass sich die Entwöhnung von der Beatmung nicht negativ auf das Wohlbefinden des Versicherten und dessen Möglichkeit zur Teilhabe auswirkt.</p> <p>Ein Weaning-Versuch darf nur mit Zustimmung der Betroffenen eingeleitet werden und wenn er medizinisch indiziert ist.</p> <p>Das Erkennen des Weaningpotenzials sollte interdisziplinär erfolgen und den Versicherten / die Versicherte von Anfang an miteinbeziehen, da das subjektive Empfinden der / des Versicherten essenzieller Bestandteil des Weaningprozesses ist.</p> <p>Eine Zunahme von Komplikationen wie unzumutbarer Sekretverhalt, regionale Belüftungsstörungen, vermehrte Infektionen und Notfalleinweisungen und Klinikaufenthalte oder gar Rekanülierungen sind bereits im Vorfeld mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen.</p>	<p>Die Entwöhnung von der Beatmung, neben der Dekanülierung zentrales Ziel des GKV-IPReG, darf nicht dazu führen, dass Betroffene dadurch so geschwächt werden, dass ihre Fähigkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, gemindert oder sogar unmöglich gemacht wird. Hierbei ist die Dynamik der Grunderkrankung zu berücksichtigen.</p> <p>Es muss unterschieden werden, ob es sich um kurzzeitig, mittelfristig, langfristig oder speziell betroffene Menschen handelt. Ergibt sich allein aus der Diagnose, dass mit einem Weaningpotenzial nie zu rechnen sein wird (z.B. komplette hohe Querschnittlähmung), ist die Umsetzung des Weaning-Gebots im §37c SGB V durch regelmäßige klinische Kontrolluntersuchungen kontraindiziert. Diese sollen im Interesse der Betroffenen und wenn gewünscht vielmehr dem Zweck dienen, die Effektivität (Gasaustausch und Erholung der Atemmuskulatur), den Nutzen (verbesserte Sprachproduktion durch den maschinellen Luftdruck) und das Spontanatempotenzial (Sicherheitspolster im Notfall) zu überprüfen. Die Betroffenen sind darüber aufzuklären, dass</p>

		<p>Zur Frage der straf- und privat-rechtlichen Haftung bei Weaningversagen (Körperverletzung, Schmerzensgeldforderungen, zusätzliche Behandlungs- und Gutachterkosten, Verdienstaussfall) hat der Gesetzgeber keine Stellung bezogen.</p> <p>Es ist unzulässig, dass wegen des Mangels an spezialisierten Einrichtungen für beatmete Kinder und Jugendliche, sich das Weaning für diese Patientengruppe zum Geschäftsmodell für Einrichtungen für Erwachsene entwickelt.</p>	<p>stets individuell abzuwägen ist zwischen potenziell schädigenden Beatmungseinstellungen zur Verbesserung der Sprachproduktion und einer das Lungengewebe schonenden Beatmung.</p> <p>Ein Weaning-Versuch darf nur mit Zustimmung der Betroffenen eingeleitet werden und wenn er medizinisch indiziert ist. Über das Sozialrecht erzwungenes Weaning ist Körperverletzung, wenn dies zu einer Verschlechterung der Lebensqualität führt. So verschlechtert subklinische Atemnot (Kurzatmigkeit) Lautstärke und die sprachliche Ausdrucksfähigkeit. Es ist Diskriminierung, wenn Weaning zu verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit (vorzeitige Erschöpfung) und damit zur Benachteiligung am ersten Arbeitsmarkt führt. Weaning ist als ein höchst individueller therapeutischer Prozess Teil der ärztlichen Therapie „Künstliche Beatmung“. Der Arzt/die Ärztin ist in regelmäßigem Austausch mit beteiligten anderen medizinischen Berufsgruppen, Angehörigen und den Betroffenen über Notwendigkeit, Modalität und Dauer der „Künstlichen Beatmung“. Das Erkennen des Weaningpotenzials sollte interdisziplinär erfolgen und den betroffenen Menschen von Anfang an miteinbeziehen, da das subjektive Empfinden der Betroffenen essenzieller Bestandteil des Weaningprozesses ist.</p>
--	--	--	--

			<p>Eine vertraute Umgebung ist für das Weaning wichtig. Über die Möglichkeit, Weaning bereits in außerklinischer Umgebung z.B. unter Zuhilfenahme telemedizinischer Mittel zu beginnen, muss individuell entschieden werden. Ob ein Weaning erfolgreich war, zeigt sich daran, ob die Betroffenen mehr Lebensfreude und Energie haben, sich positiv entwickeln und z.B. den Beruf weiterhin ausüben, bzw. eine pädagogische oder schulische Einrichtung weiter besuchen können. Keinesfalls darf es ein Weaning „um jeden Preis“ geben. Eine Zunahme von Komplikationen wie unzumutbarer Sekretverhalt, regionale Belüftungsstörungen, vermehrte Infektionen und Notfalleinweisungen und Klinikaufenthalte oder gar Rekanülierungen sind bereits im Vorfeld mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Zur Frage der straf- und privatrechtlichen Haftung bei Weaningversagen (Körperverletzung, Schmerzensgeldforderungen, zusätzliche Behandlungs- und Gutachterkosten, Verdienstausfall) hat der Gesetzgeber keine Stellung bezogen.</p> <p>Nach Ausschöpfung aller kurativ medizinischen Möglichkeiten besteht die Verpflichtung, den Betroffenen eine unmittelbar sich anschließende zunächst stationäre Maßnahme z.B. in einem Weaningzentrum oder nach Phase B (BAR) in der neurologischen Frührehabilitation anzubieten. Diese nicht mehr kurative, sondern</p>
--	--	--	--

					<p>Symptom-kontrollierende Maßnahme, hat nicht die Abheilung des Grundleidens, sondern in erster Linie das Wiedererlangen von Fähigkeiten und die Teilhabe am Gemeinschaftsleben zum Ziel. Diesem Ziel ordnen sich das Beatmungs-Weaning und auch die Dekanülierung unter, für die sinngemäß dieselben Maßstäbe wie für das Beatmungswaning gelten.</p> <p>Fehlanreize durch die Förderung von Wertschöpfungsketten, z.B. durch serielle Verweisung innerhalb von Klinikkonzernen müssen verhindert werden. Ebenso darf es nicht zulässig sein, dass wegen des Mangels an spezialisierten Einrichtungen für beatmete Kinder und Jugendliche, sich das Weaning für diese Patientengruppe zum Geschäftsmodell für Einrichtungen für Erwachsene entwickelt.</p>	
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			Ablehnung Änderungsvorschlag:	Eine halbjährliche Überprüfung des Potentials für eine Beatmungsentwöhnung ist praktisch unmöglich. Aktuell existieren dazu nicht die notwendigen Kapazitäten in den einschlägigen Einrichtungen bzw. bei den Fachärzten. Dadurch drohen nicht nur bei der Überprüfung,		

		<p>Versicherte haben alle 6 Monate ein Anrecht auf eine Erhebung nach § 3 Abs. 6 oder 7. Sie ist jedoch nicht Voraussetzung für das Ausstellen einer Folgeverordnung.</p> <p>Das gilt insbesondere auch für Versicherte, die außerklinische Intensivpflege im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V erhalten, bei denen die Beatmung seit mehr als 24 Monaten vorliegt und bei denen einmalig nach Satz 9 ein nicht vorhandenes Entwöhnungspotential dokumentiert wurde.</p> <p>Unter Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten werden insbesondere telemonitorisch erfasste Beatmungsdaten verstanden, die Therapieverläufe aufzeigen, um umgesetzte Maßnahmen zu evaluieren. Aufgrund besonderer Umstände wie erhöhte Infektionsgefahr, besondere individuelle Situation der Betroffenen oder fehlende wohnortnahe Möglichkeiten der ärztlichen Betreuung kann im berechtigten Ausnahmefall und unter Berücksichtigung der persönlichen Situation des oder der Versicherten die persönliche Erhebung durch telemedizinische Möglichkeiten ersetzt werden.</p>	<p>sondern auch bei anderen Heilbehandlungen Engpässe. Es erscheint zudem überflüssig, da gemäß § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V die Krankenkasse ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen hat.</p> <p>Die S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“ (Überarbeitung 2019, S. 115) beschreibt die Möglichkeiten von digitalen Lösungen wie folgt: „Mit Hilfe telemedizinischer Anwendungen wie beispielsweise Televisiten und geeigneten vertraglichen Lösungen zur intersektoralen Zusammenarbeit könnten so künftig Experten für außerklinische Beatmung aus den Beatmungs- und Weaning-Zentren niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und Patienten im ambulanten Bereich unterstützen.“</p> <p>Die technischen Möglichkeiten der modernen Beatmungsmedizin erlauben glücklicherweise vielen Menschen ein autonomes und selbstbestimmtes Leben mit persönlicher Assistenz, für die das Vorhandensein einer</p>
--	--	--	---

				dauerhaften Beatmung praktisch keine zusätzlichen Einschränkungen mit sich bringt. Diese Menschen wissen in aller Regel über die für sie individuell optimale Bedingungen und Beatmungparameter bestens Bescheid und diese Auswahl erfolgt nicht immer ausschließlich nach medizinisch messbaren Kriterien. Eine regelmäßige Beatmungskontrolle kann für diese Patientengruppen sicherlich empfohlen, aber im Sinne der Sicherheit für die persönliche Lebensplanung nicht vorausgesetzt werden, zumal eine regelmäßig vorgeschriebene Kontrolle mit häufigen Arztwechseln und damit auch unterschiedlicher Bewertung der individuellen Beatmungssituation bei verschiedenen Erhebungen nach Satz 1 einhergehen könnte.
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.	
			Ergänzung: Regelungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sind nach dem ausdrücklichen gesetzlichen Auftrag zwingend aufzunehmen.	Insbesondere Versicherte, die seit dem Kindesalter chronisch auf intensivmedizinische Behandlung angewiesen sind, weisen häufig hochkomplexe und individuelle Krankheitsbilder auf, die fortwährend einer in-

					<p>terdisziplinären Behandlung bedürfen. Damit verbunden ist eine hohe Anzahl an ambulanten und klinischen Untersuchungen und ggf. Eingriffen. Für die hochgradig mobilitätseingeschränkten und behinderten Versicherten und die zur Begleitung meist erforderlichen An- und Zugehörigen sind damit erhebliche Aufwendungen und Belastungen verbunden. Da bei diesen nicht selten seit Jahrzehnten beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in der Regel kein Entwöhnungspotential zu erwarten ist, sind verpflichtende und mit hoher Regelmäßigkeit durchzuführende Untersuchungen zur Potentialerhebung nicht bedarfsgerecht und belasten sowohl die Versicherten als auch die verfügbaren medizinischen Ressourcen in unverhältnismäßiger Weise.</p>	
§ 3	Absatz 6 bzw. 7					
§ 3	Abs. 6 bzw. 7	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] erhoben werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] zu erheben</p>	PatV	KBV, GKV-SV, DKG
			<p>Der Satz 1 ist unter dem Aspekt der Teilhabeorientierung wie folgt zu fassen:</p>		<p>Ziel sind Freiheit, Selbstbestimmung und - wo wichtig - Unterstützung.</p>	
			<p>[Ergänzungen und Kommentare zu den Unterpunkten von Satz 1 1. ab c) und zu den weiteren Punkte 2.-5.</p>		<p>Bei Bedarf könnte unter 1. d) ergänzt werden: "...zur Risikoeinschätzung und zum zusätzlichen Personalbedarf bei elektiven kritischen Maßnahmen wie Wechsel</p>	

		<p>müssen an diese Stelle angefügt werden, weil unten kein Platz dafür vorgesehen. Am Ende von Satz 1 Punkt 1 müssen noch zwei weitere Kriterien erhoben werden.]</p> <p>1. d) Spontanatempotenzial in Minuten e) Krisenfestigkeit der Spontanatmungsphasen bei intermittierender Beatmung im Falle z.B. von Infekten</p> <p>Ergänzung zu 2. 2. Beurteilung der NIV-Fähigkeit bei gleichzeitiger Indikationsstellung zu Dekanülierung und ggf. Einwilligung zu einem chirurgischen Stomaverschluss;</p> <p>3. Feststellung mit adäquater Diagnostik über das Vorliegen eines hypoxischen, hyperkapnischen oder eines Regulationsversagens;</p>	<p>der Beatmungsschläuche und der Trachealkanüle“. Unter 1. e) ... bis hin zum vorübergehenden Aussetzen der Spontanatem-phasen“</p> <p>Ich halte die Ergänzungen 1. d) und e) für wichtig, dokumentiert dies einerseits die Heterogenität von Beatmungspflicht und andererseits auch die Flüchtigkeit von Potenzial, auf das Gesetz und GBA immer abheben. Als gäbe es nur einen geradlinigen Weg, die Beatmung und die Kanüle so schnell als bald loszuwerden.</p> <p>Man kann jedem eine Maske aufsetzen, aber nicht unbedingt dekanülieren (wenn z.B. weiter absaugpflichtig, wenn Hustenassistenz nicht funktioniert oder das mit Cough Assist geförderte Sekret sogleich reaspiert wird). Ein stabiles Stoma kann unter NIV nicht vernünftig abgedichtet werden, muss also chirurgisch verschlossen werden. Dies muss operationstechnisch möglich sein. Wenn noch Restrisiko für Aspiration besteht, findet sich nicht selten kein Operateur. Und außerdem müssen die Betroffenen so einer OP noch zustimmen.</p> <p>Wie schon unter 1. b) wird alles Mögliche gesammelt, ohne zu sagen wofür. Es sollen ja laut Satz 1 “Befunde zum Beatmungsstatus und Beatmungsentwöhnungs-</p>
--	--	--	--

			<p>4. Feststellung des Beatmungskonzepts, welches durch unterschiedliche Modi und Einstellungen gewährleistet werden kann;</p> <p>5. - kann dann entfallen -</p>	<p>potenzial“ gesammelt werden. Hierzu dienen eher die qualitativen Aussagen als irgendwelche Messwerte. 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 diesem Zusammenhang eine dritte Kategorie sinnvoll ist.</p> <p>Auch hier wird nur die Datenerfassung von den Autoren des GBA-Entwurfs in den Vordergrund gestellt (Prozess) statt die Essenz dessen, was für die Beantwortung der in Satz 1 genannten Fragestellung nötig ist. Die Beatmungskonzepte können durchaus auf verschiedenen Wegen erreicht werden, weshalb die Beatmungseinstellungen und -messwerte nicht weiterhelfen. All die Konzepte geben Antwort auf das Weaningpotenzial.</p> <p>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:</p>
--	--	--	--	---

			<p>“... wie Dauerbeatmung, intermittierende Erholungsbeatmung, Atemunterstützung, volumen-konstante Beatmung oder Leckagebeatmung zur Gewährleistung der Sprechfunktion”;</p> <p>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 Datensammlung zeigt dann zwei verschiedenen Modi und schließt im Falle der Druckunterstützung auf höheres Weaningpotenzial als bei der intermittierenden Druckkontrollierten Beatmung.</p>
		<p>0. PatV zusätzlich: Beatmungsindikation</p>	
		<p>[Ergänzung zu Punkt 5, neuer Satz 2]. Zusätzlich dazu sollen, falls vorhanden, relevante Daten aus der telemonitorischen Begleitung erfasst werden</p> <p>Ergänzungsvorschlag zu 0. PatV 0. Beatmungsindikation insbesondere im Hinblick auf Diagnosen und Erkrankungsverläufe, bei denen kein Potenzial für ein Weaning zu erwarten ist.</p>	<p>Über die Zuhilfenahme von telemonitorisch erfassten Trenddaten sind Therapieverläufe und -optionen sowie Potenziale besser einzuschätzen</p> <p>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 viel-</p>

			Ergänzungsvorschlag zu 1. a) und b) 1. a) Absaugpflicht		fach 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. Blutdruck und Herzfrequenz sind zwar ganz interessant, gehören hier aber nicht her.	
			1. b) -streichen-			
			DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			Änderungsvorschlag 1. c) Indikation für eine psychotrope oder analgetische Medikation.		Entscheidend ist die Indikation, die natürlich auch auf den Prüfstand muss. Die Scores helfen da nicht, wenn keine Klarheit über das Warum besteht.	
			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
		zusätzlich: ... bzw. ihres oder seines Stellvertreters, insbesondere bei Nichteinwilligungsfähigkeit, sind zur Mitwirkung 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.	Adhärenz, Compliance und Anleitungserfolg sind in einem hohen Maß von persönlicher Ansprache, Qualität, Art und Umfang der Anleitung wie auch von der jeweils individuellen Gesundheitskompetenz (health literacy) abhängig, die durch geeignete Maßnahmen und durch geeignetes ärztliches/pflegerisches/therapeutisches Fachpersonal zu fördern sind.
			KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens
		Ergänzung: Ist der Patient im Sinne des Gesetzes in vollem Maße mündig und entscheidungsfähig, ist der dokumentierte Patientenwille in den Aspekten, in denen er vorliegt, bei der Beurteilung des Beatmungsstatus allein maßgeblich.	Jeder hat insbesondere das Recht auf Verhalten, das nach allgemeinen gesellschaftlichen, auch medizinischen Maßstäben, als „unvernünftig“ bzw. kontraindiziert eingestuft wird.
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)
		Ergänzung: ggf. unter Einbezug eines Ethikkonsils bzw. Ethik-Fallgesprächs unter Beteiligung aller verantwortlichen Akteure einschließlich der/des Versicherten und/oder Stellvertretung. Das Ergebnis ist zu dokumentieren und alle Beteiligten auszuhändigen.	Ein Ethikkonsil bzw. Ethikfallgespräch unter Beteiligung aller verantwortlichen Akteure einschließlich der/des Versicherten und/oder Stellvertretung führt in den meisten Fällen zu einer konsentierten Entscheidung. Eine Dokumentation und Aushändigung des Ergebnisprotokolls stärken die ethische Rechtsverantwortung,

					das wechselseitige Vertrauen und schützt vor Missverständnissen und Konflikten. Sie sind daher als Pflichtleistung anzusehen.
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität		
		Durch standardisierte und wissenschaftlich evaluierte Fragebögen. Die Teilnahme muss auf freiwilliger Basis erfolgen.			Durch standardisierte und wissenschaftlich evaluierte Fragebögen. Die Teilnahme muss auf freiwilliger Basis erfolgen. Lebensqualität definiert sich durch die Betroffenen.
		PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
		Ergänzung: ... und unter Berücksichtigung individueller, persönlicher und familiärer Faktoren und Angaben zur individuellen Wertvorstellung persönlichen und Lebenseinstellung. Eine Dokumentation ist Pflicht		Bei der Erhebung der Lebensqualität einer Person im Sinne von Autonomie und Selbstbestimmung sind grundsätzlich neben der objektiv-medizinischen Fremdeinschätzung die subjektive Selbsteinschätzung und die intersubjektiv wahrgenommene Einschätzung der Lebensqualität zu berücksichtigen. Bei Konflikt und Nichtkonsentierung ist das Ergebnis	

					eines Ethikkomitees/Fallgesprächs unter Einbeziehung aller beteiligten Rechtspersonen ausschlaggebend.	
§ 3	Absatz 7 bzw. 8					
§ 3	Abs. 7 bzw. 8		<p>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).</p> <p>Ergänzung: Alle Entscheidungen über Maßnahmeänderungen und Therapieziele müssen gemeinsam im Informed consent (Aufklärung und Einwilligung) festgelegt und dokumentiert werden.</p>			
§ 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:
			Wir schließen uns der PatV an			
			PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			<p>Änderungsvorschlag Satz 1:</p> <p>3. Fähigkeit zum Freihalten und Freimachen der unteren und oberen Atemwege von Speichel, Sekret oder Nahrung und des Ausmaßes des hierzu erforderlichen Assistenzbedarfs bei Vorliegen einer Schluckstörung. Sollte in diesem Zusammenhang das Blocken einer Trachealkanüle vorgeschlagen werden, kann dies von den Betroffenen abgelehnt werden, ohne Nachteile in der Leistungsgewährung befürchten zu müssen.</p> <p>4. - kann dann entfallen -</p>		<p>Das Blocken der Trachealkanüle hat keine Evidenz zur Verringerung der Aspiration außer beim künstlichen Koma auf Intensivstation. Es kommt darauf an, vom Defizit-Gedanken auf das Ressourcen-Denken umzupolen und statt "Schutz vor Aspiration" geeignete Strategien zu deren Beseitigung zu betonen. Mit dem "Ausmaß des Assistenzbedarfs" ist die ganze Palette gemeint von Abhusten aus eigener Kraft bis zur vollständigen Absaugpflicht einschließlich aller Maßnahmen des Sekret- und Speichelmanagements.</p>	
			<p>DKG:</p> <p>5. Fähigkeit zur Mitarbeit</p> <p>6. Patientenwillen</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV:</p> <p>6. Adhärenz</p> <p>7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
				Ergänzung: ... durch Einbeziehung von Skalen		

			und Scores, insbesondere der Erfahrung von Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten.		
KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität					
			[Zu Punkt 9. (bzw. 11 bzw. 12) (muss an diese Stelle, da kein eigenes Feld)] Änderungsvorschlag: 9. tracheale Instabilität und andere durch eine Trachealkanüle hervorgerufene Artefakte wie Fehllagen oder Verletzungen, die Auswirkungen auf Kanülenwechsel, Reaktion im Notfall und auf die Dekanulierbarkeit habe Änderungsvorschlag zu: 10. KBV, GKV-SV - entfällt -	Entscheidend für den täglichen Umgang bis hin zum Potenzial zur Dekanülierung sind leider die hier genannten Punkte. Die laryngeale Sensibilität muss nicht extra aufgeführt werden, da im Änderungsvorschlag zu 3. bereits enthalten.	
KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität					
			Streichen	Lebensqualität ist kein stabiles Merkmal, ein situativer Begriff. Zur Ermittlung bedarf es standardisierter und wissenschaftlich evaluierter Fragebögen. Die Teilnahme muss auf freiwilliger Basis erfolgen. Es muss	

				<p>auch Bögen zur Fremdeinschätzung und in leichter Sprache geben. (Barrierefreiheit in jeder Hinsicht!) Bögen muss vorher zur Verfügung stehen. Therapien von chronisch kranken und behinderten Menschen zielen nicht lediglich auf Wiederherstellung einer Organfunktion, sondern auch auf Funktionserhalt,- Verbesserung, Lebensqualität und Steigerung der Aktivitätspotenziale z.B. Stimmbildung, Rumpfstabilität, Handfunktion etc.) Siehe § 3 Absatz 6 bzw. 7, Satz 1 ff.</p>
<p>GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren</p>				
			<p>Ergänzung: Dabei ist zu unterscheiden zwischen einwilligungsfähigen und nichteinwilligungsfähigen Versicherten und ihren Stellvertretern. Dabei sind neben Verfahren der Fremdeinschätzung gleichwertig Verfahren zur subjektiv und intersubjektiv wahrgenommen Selbsteinschätzung anzuwenden. Im Falle einer Diskrepanz, eines Konflikts oder einer nicht herbeizuführenden Konsensbildung zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung ist durch Beiziehung eines Ethikkomitees/Ethikfallgesprächs eine Konsensbildung mit Hilfe eines Dialog- und Abstimmungsprozesses unter allen verantwortlichen Akteuren im Team herbeizuführen. Dabei haben Schutz- und Abwehrrechte der oder des Versicherten Vorrang.</p>	<p>Es muss nur unterschieden werden nach Einwilligungsfähigkeit oder Nichteinwilligungsfähigkeit. Schutzrechte der oder des Versicherten haben Vorrang (Grundsätze oben vor §1)</p> <p>Es gibt zahlreiche (neuro)rehabpädagogische, sozialwissenschaftliche und sozialpsychologische Verfahren zur Einschätzung der objektiven (Fremdeinschätzung) und subjektiven bzw. intersubjektiven (Selbsteinschätzung) als ein Beitrag zur Auflösung des (scheinbaren) Gegensatzes: Fremd- (Heteronomie) vs. Selbstbestimmung (Autonomie) und des biomedizinischen Reduktionismus. "Lebensqualität" setzt nach moderner Erkenntnistheorie ein integriertes anthropologisches intersubjektives "Wir"-Verständnis 2. Person-Perspektive), ein ganzheitliches biopsychosoziales Menschenbild und ein multiperspektives Aushandeln (Konsentieren) zwischen unterschiedlichen Interessengruppen im</p>

				Sinne eines demokratischen Dialog- und Abstimmungsprozesses voraus!
§ 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.	
			Zustimmung	Es gibt es eine S1 LL zur neurogenen Dysphagie. Darin enthalten sind Angaben zur klinischen und Apparativen Diagnostik, weshalb der Vorschlag KBV, GKV-SV zu Punkt 3 und 4 entfallen kann. Letztlich ergibt sich der Satz 2 aus allem, was in Satz 1 schon gesagt ist.
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte				
§ 4	Absatz 1	Satz 1	Änderungsvorschlag: (1) Außerklinische Intensivpflege für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte darf nur von besonders qualifizierten Ärztinnen und Ärzten auf der Grundlage einer Erhebung nach § 3 verordnet werden.	Da an mehreren Stellen des G-BA-Entwurfs die Beteiligung der Kliniken i.R. des Entlassmanagements ins Spiel gebracht wird, kann m.E. auf die Benennung der KV-Zulassung an dieser Stelle verzichtet werden. Eine Beschränkung auf Absatz 5 bzw. 6 des § 3 als Grundlage ist mir nicht einsichtig. Warum sollen sonst all die Erhebungen im § 3 vorgenommen werden. Fachärzt*innen / Qualifikation: Weder Außerklinische Beatmung noch außerklinische Intensivpflege sind Teil des Medizinstudiums oder einer Weiterbildung zur Erlangung einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbe-

				<p>zeichnung. Erwähnung findet die außerklinische Beatmung in der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (2018) nur als „Mitbehandlung“ im Bereich der Facharztbezeichnung Innere Medizin und Pneumologie. Der Umgang mit Trachealkanülen findet sich nur im Kontext der klinischen Behandlung Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde · (HNO), Phoniatrie und Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Physikalische Medizin) ohne Verweis auf ein außerklinisches und Teilhabe orientiertes Management. Die Heterogenität der Ursachen für Außerklinische Intensivbehandlung verbietet die Zuordnung der Zuständigkeit an nur ein Fachgebiet.</p> <p>Für die Zulassung zur Verordnung von Außerklinischer Intensivbehandlung und -pflege sowie der ambulanten Weiterbehandlung muss neben der unterschiedlichen Facharztqualifikation die Erfahrung in der Behandlung (einschließlich Weaning) und der (Früh-) Rehabilitation sowie dem Entlassmanagement von Menschen, bei denen aufgrund ihrer Erkrankung oder ihres chronischen Gesundheitszustandes unvorhergesehen jederzeit mit vital bedrohlichen Zuständen zu rechnen ist, eine gleichberechtigte Rolle spielen.</p> <p>Soweit eine intensivmedizinische Kompetenz in das jeweilige Fachgebiet integriert ist, sind folgende Facharztqualifikationen zu nennen (alphabetisch): Anästhe-</p>
--	--	--	--	--

			<p>siologie, Innere Medizin, Neonatologie, Neurochirurgie, Neurologie, (Neuro-)Pädiatrie. 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 besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege i.S. des §37c SGB V in der außerklinischen Intensivpflege. Darüber hinaus umfasst dies ärztlich tätige Personen sowohl aus dem klinischen als auch dem ambulanten sowie dem vertragsärztlichen und nicht-vertragsärztlichen Bereich. Eine praktische ärztliche Tätigkeit mit langzeitbeatmeten Menschen von mehreren Jahren muss gefordert werden. Es sollte ein Netzwerk geschaffen werden, um jederzeit Konsultationsmöglichkeiten mit erfahreneren Ärztinnen/Ärzten zu nutzen. Es sollte zudem eine mehrjährige Berufserfahrung mit Menschen vorliegen, die komplexe medizinische und daraus resultierende soziale Versorgungsbedarfe haben.</p> <p>Der weiterbetreuende niedergelassene Arzt trägt die Verantwortung für die ambulante medizinische Behandlung eines Patienten mit außerklinischer Beatmung. Um den Patienten fachlich beraten und Therapieziele formulieren zu können, sind Kenntnisse über den zu erwartenden Krankheitsverlauf, die Prognose</p>
--	--	--	---

			<p>und die pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen erforderlich. Der Arzt soll daher Erfahrungen auf dem Gebiet der außerklinischen Beatmung aufweisen können und er soll Hausbesuche durchführen. Bei entsprechender Qualifikation kann zum Beispiel ein Allgemeinarzt diese Aufgabe übernehmen, ebenso ein Pneumologe, ein Anästhesist, ein Pädiater, ein Neurologe, ein Internist bzw. ein Facharzt mit intensivmedizinischer Weiterbildung und somit Beatmungserfahrung. Wenn die erforderliche ärztliche Expertise nicht vorhanden ist, soll das betreuende Zentrum für außerklinische Beatmung involviert werden und beratend tätig sein. Die ärztliche Versorgung kann auch von einem Ärzteteam verschiedener Fachrichtungen je nach Krankheitsbild gemeinsam übernommen werden. Zukünftig könnten sektorenübergreifende ärztliche Versorgungsnetzwerke durch intersektorale telemedizinische Angebote wie z.B. Telekonsultationen unterstützt werden.</p> <p>Ärzt*innen, die AIP verordnen dürfen, können Kinderärzte mit der Zusatzweiterbildung Neonatologie oder Neuropädiatrie, Neurologen, Anästhesisten, Neurochirurgen und Internisten sein, hilfreich ist Berufserfahrung mit Menschen mit komplexen medizinischen und daraus resultierenden sozialen Versorgungsbedarfen.</p>
--	--	--	--

				<p>Handelt es sich um Menschen mit Beatmung, sind theoretische Kenntnisse und mehrjährige praktische Erfahrung, insbesondere in Weaning-Strategien erforderlich. Mit mehrjährig würde ich einen Zeitraum von mindestens 3 Jahren ab Facharztstatus beschreiben, wobei Zeiten während der Facharztausbildung angerechnet werden sollten.</p> <p>Niedergelassene Ärzte, die wenig unmittelbare Erfahrung mit Intensivmedizin und Beatmung haben, müssen jederzeit die Konsultationsmöglichkeit mit einer diesbezüglich erfahrenen Ärztin haben, z. B. den Anästhesisten oder Intensivmedizinern einer Klinik, z. B. telemedizinisch.</p> <p>In der AIP tätige Pflegende und Ärztinnen arbeiten vernetzt.</p> <p>Strukturelle Merkmale eines Netzwerks wären:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klinik mit fachärztlicher Kompetenz in Langzeitbeatmung und Organisation/Verordnung von AIP. Dies Klinik sollte einen Einzugsbereich mit einem Radius von 100 km haben. In dicht besiedelten Regionen/Städten) mit hoher Krankenhausdichte und mehreren Maximalversorgern müssen sich die in
--	--	--	--	--

				<p>Langzeitbeatmung und Organisation von AIP erfahrenen Abteilungen miteinander absprechen und organisieren, damit die vorhandenen Ressourcen einer Region in der sich entwickelnden Mangelsituation optimal eingesetzt werden. Ein wirtschaftlicher Wettbewerb unter Kliniken auf diesem nur vordergründig lukrativen „Markt“ darf nicht stattfinden. Langzeitbeatmung und AIP müssen nicht bei Maximalversorgern angesiedelt sein. Wichtiger sind pflegerische und ärztliche Fachkompetenz sowie Wohnortnähe und gute Vernetzung zu den zuständigen Behördenstellen, bei denen die Umsetzung der Bestimmungen des BTHG angesiedelt sind.</p> <p>2. Hausarzt, wohnortnah zu den Betroffenen. Seine Aufgabe ist primär hausärztlich: medizinische Begleitung des Betroffenen und seiner Familie in Kenntnis der medizinischen Geschichte. Es gilt in der AIP, insbesondere bei Betroffenen mit Beatmung, das Verordnungswesen problemarm und verantwortlich, auch im wirtschaftlichen Sinne, zu organisieren. Die Verordnungen für einen beatmeten Menschen mit AIP sprengen schnell jedes Hilfsmittelbudget eines Vertragsarztes. Auf Antrag wird dieser Bedarf zuverlässig aus dem Budget des Vertragsarztes von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung herausgerechnet.</p>
--	--	--	--	--

				<p>3. In LZ-Beatmung und Organisation von AIP erfahrener Facharzt, der, da zumeist in Kliniken angestellt, eine Ermächtigung von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung für die ambulante Behandlung dieser Menschen, sowohl in der Klinik als auch durch Hausbesuche, erhält. Diese Fachärztin ist für die korrekte Durchführung der Beatmung und das Trachealkanülenmanagement verantwortlich. Der Ermächtigungsumfang muss Ausstellung von Verordnungen und Rezepten beinhalten. Sie berichtet dem Hausarzt. Essentieller Bestandteil der Tätigkeit dieses Facharztes ist eine 24/7/365 Bereitschaft, mindestens telefonisch für die Betroffenen, ihre Angehörigen/Betreuer und ihre Pflegenden erreichbar zu sein. Diese Aufgabe kann nur mit einem telemedizinischen Netzwerk bewältigt werden.</p> <p>4. Pflegedienste mit qualifizierten, fachweitergebildeten Pflegenden. Die Teamverantwortlichen, die Angehörigen und der Facharzt müssen einander bei jedem Betroffenen bekannt sein und unkompliziert miteinander kommunizieren können. Pflegedienst und Facharzt stellen gemeinsame Teamsitzungen, insbesondere bei laufenden Weaningprozessen, unter Einbezug des Hausarztes und des Casemanagers gemäss BTHG sowie optimalerweise des Gutachters des Medizinischen Dienstes sicher und</p>
--	--	--	--	---

					<p>zeichnen gemeinsam verantwortlich für ein kontinuierliches (min. 1x/Jahr) strukturiertes Notfalltraining.</p> <p>5. Eine zeitgemäße IT-Struktur, die alle Vorteile der Telemedizin optimal nutzen kann. Hier braucht es eine Anschubfinanzierung. Durch Onlinekonferenzen mit gleichzeitiger Aufzeichnung bei Teamsitzungen und Fallkonferenzen auch beim Entlassmanagement lässt sich ein hoher Einspareffekt an Personalarbeitszeit, allein schon durch Wegfall von Fahrzeiten und Dokumentation/Protokollierung erzielen. Außerdem erscheint es so möglich, Assessments höherfrequent durchführen zu können, insbesondere bei ambulanten Weaning-Prozessen.</p>	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			<p>Ergänzungsvorschlag zu Satz 2 nach der Aufzählung 1-6:</p> <p>4. - entfällt - (Begründung s. unten) 5. für Kinder- und Jugendmedizin (Übernahme KBV, PatV, DKG) 6. (HNO siehe unten) 7. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in der Hausärztlichen Versorgung</p> <p>soweit Kenntnisse und Erfahrungen in einer Teilhabe orientierten Umsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen einschließlich erforderlichem Handeln im</p>			<p>Der Punkt 4 (Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) kann entfallen, da im Zusatz (" soweit Kenntnisse ...") enthalten (damit ändert sich natürlich die Zählung). Damit ist auch eine Ausweitung auf die Hausärztinnen und Hausärzte möglich, ohne die Aufzählung des GKV-SV-Vorschlags für Satz 3. In diesem Änderungsvorschlag kann Satz 3 entfallen. Auch die Pädiatrie kann pauschal genannt werden ohne Spezifizierung, da der Zusatz alles enthält.</p>

			Notfall in der außerklinischen Behandlung vorhanden sind.”			
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Änderungsvorschlag: 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.		Das Fachgebiet der HNO behandelt i.d.R. nicht das Grundleiden, das zum Anspruch von AKI nach § 37c führt. Die in meiner Kanülsprechstunde vorstelligen aus dem HNO-Fachgebiet sind in der Mehrzahl Selbstversorger. Für die Ausnahmen der Nachsatz. Keinesfalls ist die HNO generell zuständig für die nicht beatmeten Kanülenpatienten. Es gibt seitens der HNO keine LL Kanüle. Aus gutem Grund, weil viel zu viel andere Fachgebiete involviert sind.	
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit	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.		
			Satz 3 streichen		Begründung siehe oben	
§ 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.			
			Ablehnung		Eingriff in die Berufsfreiheit	

§ 4	Absatz 2		Abs. 2 kann entfallen	Wenn wie vorgeschlagen in § 4 (1) Satz 1 (siehe oben) statt Vertrags- nur Ärztinnen und Ärzte genannt werden, ist alles gesagt. Abgesehen davon ist der Absatz auch überflüssig, wenn das Gebot für Weaning und Frührehabilitation in speziellen Zentren ernst genommen würde.
§ 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		Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	

	Abs. 2 bzw. 3		Zur Interpretation und Bewertung der Daten im Rahmen von regelmäßigen Fallbesprechungen und telemedizinischer Konsile (und bei Bedarf) mit dem interprofessionellen Team, mindestens aber mit behandelndem und mit den telemonitorisch ermittelten Daten vertrauten Arzt / Ärztin und der betreuenden Pflegekraft sollen auch telemonitorisch erfasste Daten der Beatmung genutzt werden. Speziell ausgebildetes Fachpersonal, insbesondere Atmungstherapeut*innen und das therapeutische Team sollten möglichst hinzugezogen werden. Die vereinbarten Maßnahmen werden dokumentiert.	Telemedizinische Konsile sollten durch vorangegangene interprofessionelle Fallbesprechung und unter Zuhilfenahme aller (auch digitalen) Möglichkeiten durchgeführt werden.		
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der pro-	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

		<p>auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit</p>	<p>longierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]</p>		
		<p>[Änderungsvorschlag für den gesamten Satz 1 einschließlich (bzw. mit Weglassen) der Aufzählung (hier der Lesbarkeit halber mit dem gesamten Quelltext; Änderungen unterstrichen):]</p> <p><u>Die Evaluierung auf das Vorhandensein des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit auch mit der Aussicht auf vollständige Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zu Möglichkeiten einer Teilhabe orientierten Trachealkanülenversorgung entsprechend den in § 2 Abs. 2 Satz 1 Punkt 4. aufgeführten Behandlungszielen mit konsequenter Belüftung von Kehlkopf und Rachen zur Stimmrehabilitation und Schluckstimulation (z.B. Leckagebeatmung, Sprechventileinsatz oder Platzhalterkanüle) auch mit der Aussicht auf Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) sowie der zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] erfolgt entsprechend Absatz 1 durch</u></p>		<p>Zwischen “Erhebung des” (GBA-Entwurf) und “Evaluierung auf das Vorhandensein des Potenzials” besteht ein feiner Unterschied!</p>	

			<p><u>Ärztinnen und Ärzte mit Kenntnissen und Erfahrungen in Teilhabe orientierten Umsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen einschließlich erforderlichem Handeln im Notfall in der außerklinischen Behandlung von Versicherten mit den Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach § 37c SGB V."</u></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. 	
§ 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>	
			Satz 2 streichen	

§ 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 Arzt-suche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>	PatV, GKV-SV	KBV
			Ergänzung: In dieser Liste ist auch eine Information über barrierefreie Zugäng-			

			<p>lichkeit des Vertragsärztlichen Angebotes zu erfassen. Es muss auch eine barrierefrei zugängliche Liste von Beatmungs- und Weaningzentren zur Verfügung gestellt werden. Sowie eine Liste der MD-Prüfer und deren Qualifikationen.</p>			
§ 4	Absatz 5 bzw. 6	<p>Änderungsvorschlag: - entfallen, wenn die o.g. Änderungen umgesetzt werden -</p>				
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1					<p>Der Fokus des Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - GKV-IPReG) liegt im Sozialgesetzbuch V auf der Versorgung von Menschen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf, die ein Risiko für lebensbedrohliche Komplikationen haben. Die Patienten- und Versorgungssicherheit ist im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung darin allein durch „medizinisch-</p>

			<p>pflegerische Zielsetzung“ und „medizinische Behandlungspflege“ zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Aber eine Pflegefachkraft interveniert nicht nur bei lebensbedrohlicher Situation, sondern sie lässt es erst gar nicht so weit kommen. Die Pflegewissenschaft, die zur Definition von außerklinischer Intensivpflege wertvolle Angaben machen könnte, wurde in die Erarbeitung des GKV-IPReG und die folgenden Prozesse nicht einbezogen. Da aus den ärztlichen Diagnosen nicht die Anforderungen an die Langzeitpflege hervorgehen, sollte die Pflegewissenschaft damit beauftragt werden, ein Basisassessment zu entwickeln. Jeder Mensch mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf muss individuell betrachtet und die Aktivitäts- und Teilhabepotentiale (ICF) müssen immer mitbedacht werden.</p> <p>Ein Beatmungs-Weaning kommt nur für einen Teil der Betroffenen in Frage. Beatmung unterstützt Gesundheitspotentiale, ist Grundlage von Teilhabe und Lebensqualität, und ein Weaning darf diese nicht gefährden. Fehlendes Weaning-/Dekanülierungspotential allein ist keine hinreichende Begründung für den generellen Einbezug „palliativmedizinischer Fachkompetenz“. Selbst bei infauster Prognose kann die Lebenserwartung hoch sein. Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen kann nicht allein auf das Vorhandensein</p>
--	--	--	---

				oder Nichtvorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden; der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege erlischt nicht automatisch nach einer Dekanülierung. Auch wenn der Weaningprozess in der Häuslichkeit erfolgreich verlaufen sein sollte, braucht der / die Betroffene noch mindestens sechs Monate außerklinische Intensivpflege, damit eventuell nicht sofort sichtbares Weaningversagen, was schleichend unter Alltagsbelastung, hierzu sind auch interkurrente Infekte der Atemwege zu rechnen, auftreten kann.
§ 5	Abs. 1	Satz 3	GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.	
			Ergänzung: Eine Kopie der Verordnung erhalten die Versicherte oder der Versicherte und der Leistungserbringer.	Der Versicherte hat das Recht auf eine Kopie und eine Erläuterung der Verordnung, sonst ist sie ungültig! Betroffene und Leistungserbringer müssen die Kenntnisnahme unterschreiben.
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)	
			Änderungsvorschlag: (der sich im Wesentlichen an meinen Vorschlägen zur Erhebung des Beatmungsstatus nach § 3 Abs. 6 bzw. 7 (beatmet) und Abs. 8 bzw. 9 (nicht beatmet aber tracheotomiert) orientiert und Äußerungen rechts neben dem grauen Kasten (§ 5 Abs. 1 ohne Nennung eines Satzes) genannte Punkte berücksichtigt) Änderungen unterstrichen:	

		<p>Statt Vertrags- nur Ärztin oder Arzt (siehe Begründung oben)</p> <p>...</p> <p>2. Beatmungspflichtig: Ja/Nein</p> <p>Falls ja:</p> <p>a) die Beatmungsform (invasiv/nicht-invasiv; assis- tiert/kontrolliert)</p> <p>b) <u>das Beatmungskonzept (Dauerbeatmung, intermittierende Erholungsbeatmung, Atemunterstützung, volumen-konstante Beatmung oder Leckagebeatmung zur Gewährleistung der Sprechfunktion)</u></p> <p>c) die Beatmungsdauer <u>durchschnittlich pro 24h</u></p> <p>d) <u>Spontanatempotenzial bei Dauerbeatmung in Minuten</u></p> <p>e) <u>Krisenfestigkeit des Spontanatempotenzials z.B. im Infektfall</u></p> <p>3. Tracheotomiert: Ja/Nein</p> <p>Falls ja:</p> <p>a) Art <u>des Trachealkanülenmanagements:</u> <u>Durchgehend geblockt für Volumen-konstante Beat-</u> <u>mung, (intermittierende) Leckagebeatmung (zeitweise</u> <u>entblockt (Niederdruck-Cuff) bzw. geblockt (Hoch-</u> <u>druck-Cuff), Kombinationskanüle mit Siebung/Fenste-</u> <u>rung und Wechselinnenkanüle offen/geschlossen), un-</u> <u>ter Spontanatmung dauerhaft geblockt, (teil-)Belüftung</u> <u>von Kehlkopf und Rachen mit Sprechventil, Kappe,</u> <u>Platzhalter</u></p>	
--	--	--	--

		<p><u>b) Indikation für die Trachealkanüle: (intermittierende) invasive Beatmung, Erhalt der Option zur endotrachealen Absaugung, wenn Sekretclearing auf andere Art nicht zuverlässig möglich, Stabilisierung bzw. Offenhalten der Trachea bei Instabilität, Narben, Stenosen, Granulomen.</u></p> <p>4. - kann entfallen, da sich die Frage aus 2. und 3. ergibt -</p> <p>...</p> <p>7. die Therapie- und Teilhabeziele (§ 2)</p> <p>8. - entfällt je nachdem, wie § 3 Abs. 6 gefasst wird -</p> <p>...</p> <p>12. - entfällt ja nachdem, wie § 1 Abs. 4 gefasst wird -</p> <p>...</p> <p>14. - entfällt, wenn die Verpflichtung zu Frühreha bzw. Weaningzentrum nach Entlassung aus der Akutklinik ernst genommen wird -</p>	
		<p>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</p>	
		<p>Zustimmung und Ergänzung:</p> <p>15. Falls möglich und erforderlich zusätzlich die Empfehlung für die telemonitorische Therapiebegleitung der Beatmung</p>	<p>Telemonitorische Begleitung ermöglicht die Unterstützung der außerklinischen Intensivversorgung durch Experten für Beatmung und Beatmungsentwöhnung laut S2k-Leitlinie „prolongiertes Weaning“.</p>
§ 5	Absatz 2		

§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren
			<p>Ergänzung: ... um der oder dem Versicherten bzw. Stellvertretern eine Beurteilung und Entscheidung der grundsätzlich erreichbaren und/oder wünschenswerten Therapiezielen zu ermöglichen.</p> <p>[Änderungen: (Ergänzungen unterstrichen)]:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Therapieziele, auch Alternativtherapien <u>und deren Nutzbringung zur Verbesserung der Teilhabe nach § 2 Abs. 1 und 2</u> 2. Maßnahmen zum Erreichen der Therapieziele durch z.B. Einbindung von Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Heilmitteltherapie (<u>z.B. Schlucktherapie nach vorheriger Diagnostik</u>) 3. -entfällt- 4. -entfällt-
			<p>Um der oder dem Versicherten eine Bewertung (und Entscheidung) über die grundsätzlich erreichbaren Therapieziele zu ermöglichen, ...</p> <p>Schlucktraining gibt es nicht, es geht um eine diagnose-basierte Therapie.</p> <p>Nennung von Fristen in diesem Zusammenhang verletzen das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen.</p> <p>An- und Zugehörigen gehören nicht unter die Regelungsbefugnis des G-BA</p>

		Satz 3	[Zeile fehlt im GBA-Formular] Satz streichen	
§ 5	Absatz 3		Änderung: Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nur bei einer entsprechenden medizinischen Begründung individuell möglich.	
§ 5	Absatz 4		Änderung: (4) <u>Sind die Anspruchsvoraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 37c SGB V für außerklinische Intensivpflege erloschen</u> , teilt die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt dies schriftlich und unverzüglich der Krankenkasse mit. Die Versicherte oder der Versicherte müssen wie auch der Leistungserbringer über den Vorgang informiert werden.	Im GBA-Entwurf heißt es in § 5 (4) "ist AIP <i>ganz oder teilweise</i> nicht mehr notwendig". Im § 9 (7) hingegen <i>Liegt der Bedarf für außerklinische Intensivpflege gemäß § 3 Absatz 1 nicht mehr vor</i> . Für die Leistungen nach § 37c gibt es kein ganz oder teilweise. Entweder AIP oder HKP. Der Änderungsvorschlag gleicht die §§ 5 und 9 diesbezüglich an.
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie, [Änderung Satz 1] Der Behandlungsplan ist nicht Bestandteil der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. Er steht bei Anforderung wie auch die Indikation, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsmaßnahmen und -dauer) dem MD zur Verfügung.	Zustimmung zu PatV, KBV, DKG im Anhang Behandlungsplan.

§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	
			Keine Zustimmung	
			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)	
		Satz 2 oder 3	Satz streichen	Dies ist mit dem Datenschutz nicht vereinbar. An die Krankenkasse zu übermitteln sind <u>anonymisierte Daten</u> zu den einzelnen Leistungskomplexen!
		Satz 3 oder 4	Satz streichen	
§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege				
§ 6	Absatz 1	Satz 1	Änderungsvorschlag: Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt ist über den Behandlungsvertrag mit der oder dem Versicherten über die Dynamik des Krankheitsverlaufs bzw. des Behandlungsprozesses und somit über Prognose sowie Erfolg oder Misserfolg der verordneten Maßnahmen informiert.	
		Satz 2	Änderungsvorschlag:	

			<p>Die Erstverordnung kann befristet werden, wenn im Entlassmanagement aus der auf Weaning bzw. Frührehabilitation spezialisierten Einrichtung ein entsprechendes Potenzial diagnostiziert wurde. Die Dauer richtete sich nach der bei Entlassung prognostizierten Dynamik des Erkrankungsverlaufs.</p> <p>(neuer Satz 3)</p> <p>Besteht aufgrund der Diagnose und des Krankheitsverlaufs kein Potenzial zu Beatmungswaning oder Dekanülierung, erfolgt die Folgeverordnung nach fachärztlicher Einschätzung für einen angemessenen Verordnungszeitraum.</p>			
§ 6	Absatz 2					
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			Zustimmung			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV:	PatV: [streichen]	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.</p>			
			Ablehnung.	Zustimmung.	Im Fall der Leistungserbringung in der eigenen Häuslichkeit gilt die Unverletzlichkeit der Wohnung und auch Orte, an denen der Versicherte sich nur gelegentlich und nicht dauerhaft aufhält, unterliegen dem Aufenthaltsbestimmungsrecht des Versicherten und sind nicht zu beurteilen	Siehe Begründung zu §1, Absatz 4, Orte der Leistungserbringung.
§ 6	Abs. 2	Satz 3	<p>KBV, PatV: hat-soll</p>			
			<p>Zustimmung,</p> <p>Ergänzung: ... wenn vom Versicherten nicht gegenteilig gewünscht.</p>			

§ 6	Absatz 3		
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements			
§ 7	Absatz 1	<p>Ergänzung:</p> <p>Über alle Entscheidungen und Maßnahmen zur Entlassplanung-, -management und Überleitung sind die oder der Versicherte bzw. Stellvertretung rechtzeitig, ausführlich und detailliert zu informieren, zu beraten und in die erforderlichen Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen.</p>	<p>Begründung zu den "Grundsätzen": siehe oben §1 (1)</p> <p>Entlassmanagement / Überleitung</p> <p>Das Entlassmanagement als Krankenkassenleistung im Sozialgesetzbuch V ist nur ausgerichtet auf die Erkrankung / gesundheitlichen Defizite und die Frage, ob „Weaning ja/nein“ etc. (SGB V). Ein Assessment in Bezug auf Teilhabe und in Richtung International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist nicht vorgesehen, und die Entlassung soll möglichst schnell erfolgen. Es wird nicht gefragt, was die Betroffenen benötigen, um möglichst normal leben zu können, wie jemand ohne diese Einschränkungen. Im klinischen Alltag und in Gutachten des Medizinischen Dienstes wird unterstellt, dass niemand, der beatmet wird, erwerbstätig sein und teilhaben könnte.</p> <p>Die Entlassung in die vom jeweiligen Menschen bestimmbare Häuslichkeit und Lebenswelt ist ein Motivationsschub, der bei den weiteren Weaning- und Dekanülierungsversuchen entscheidend sein kann. Der Arzt-</p>

			<p>brief muss konkrete individuelle Therapieziele benennen und Behandlungsempfehlungen aussprechen. Bedarfsentsprechend können für die ersten sieben Tage Medikamente, Hilfs- und Pflegemittel für zuhause verordnet oder mitgegeben werden. Die Versicherten müssen darüber verständlich aufgeklärt werden, dass sie rechtlich erst dann entlassen sind, wenn mit ihnen ein Entlassungsgespräch geführt wurde und ihnen der Dokumentationsbogen über dieses Gespräch ausgehändigt worden ist. Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde die Gleichrangigkeit von Eingliederungshilfe und Pflege im häuslichen Bereich normiert. Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflege haben grundsätzlich unterschiedliche Aufgaben und können deshalb unabhängig voneinander in Anspruch genommen werden.</p> <p>Das Entlassmanagement in den Kliniken, in dessen Rahmen die langzeitbeatmeten und anderweitig intensivpflegepflichtigen Menschen in die Häuslichkeit entlassen werden, muss eine qualifizierte Beratung der Betroffenen über Rechte aus dem Bundesteilhabegesetz und die praktische Einleitung von erforderlichen Teilhabeleistungen neben der rein medizinischen Anschlussversorgung enthalten.</p>
--	--	--	---

					Bei Kindern und Jugendlichen ist bei Überleitung in die ambulante Versorgung regelhaft die Sozialmedizinische Nachsorge zu verordnen. Die sozialmedizinische Nachsorge stellt sicher, dass qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort, das Kind und seine Familie von der stationären Behandlung oder Rehabilitation ab begleiten und einen reibungslosen Übergang in die häusliche Pflege und die ambulante Behandlung ermöglichen. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_43.html
§ 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.		
			Zustimmung		
§ 7	Absatz 4				
§ 7	Abs 4	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Sie ist zwingend noch vor der Ein-	PatV:	DKG, GKV-SV, KBV PatV

			<p>bindung 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.</p>	<p>²Bei 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>		
			Ablehnung	Zustimmung:		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 dies-</p>	<p>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</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			bezüglichen Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	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		
			Ablehnung	Ablehnung		
§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			“im Wesentlichen” streichen	Zustimmung		
§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Zustimmung, mit der Ergänzung: ... und die oder den Versicherten bzw. Stellvertretung darüber zu informieren und dieses zu dokumentieren.			
§ 7	Absatz 6					

§ 7	Absatz 7		
§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege			
§ 8	Absatz 1	§ 8 ganz streichen	<p>§ 8 berührt die Frage der Genehmigungsfähigkeit von Leistungen nach SGB V und die Beweislast. Wenn ärztlich der Leistungsanspruch nach § 37c diagnostiziert wurde, ist er auch von der Krankenkasse zu leisten. Hier bedarf es keines Genehmigungsverfahrens im Vorlauf. Im Nachgang kann über den MD ein Gutachten erfolgen, welches eine primäre Fehlverordnung beweisen muss.</p> <p>Gemäß § 8 Abs. 1 RL-E bedürfen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege i.S.v. § 37c SGB V der Genehmigung durch die Krankenkasse.</p> <p>Im Rechtsgutachten "Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V und seine Konkretisierung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Prof. Dr. Thorsten Kingreen, (https://app.box.com/file/837285510464), S. 31ff. wurde mit Nachweisen auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts herausgearbeitet, dass das Erfordernis einer Genehmigung eine formelle Anspruchsvoraussetzung ist, die einer gesetzlichen Regelung bedarf. Der G-BA ist daher zu einer eigenständigen, nicht</p>

					<p>gesetzlich angeleiteten Regelung eines Genehmigungsvorbehalts nicht befugt. Insbesondere regelt § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V kein Genehmigungserfordernis, sondern konkretisiert lediglich die übliche Befugnis der Krankenkasse, die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm zu prüfen, die sie als Landesbehörde i.S.v. Art. 83, 84 GG bzw. als Bundesbehörde nach Art. 87 Abs. 2 GG ausführt. Wenn der Gesetzgeber ein Genehmigungserfordernis hätte etablieren wollen, hätte er dies an genau diesem Regulationsstandort, an dem es um die Kompetenzen der Krankenkasse geht, getan. Das ist aber nicht geschehen.</p>	
§ 8	Absatz 2		streichen			
§ 8	Absatz 3		streichen			
§ 8	Abs.3	Satz 1	DKG, KBV, PatV: fünften	GKV-SV: dritten	DKG, KBV, PatV	GKV-SV
§ 8	Absatz 4		streichen			
§ 9 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege						
§ 9	Absatz 1	Satz 1	Ergänzung: Mit Ausnahme bei Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen eines persönlichen Budgets		Vielerorts werden für die von vielen Versicherten nicht nur gewünschte, sondern für sie auch medizinisch not-	

			<p>nach § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V und schriftlicher Einwilligung des Versicherten, in diesen Fällen kann der Versicherte selbst über die Eignung seiner Pflegekräfte urteilen.</p>	<p>wendige 1:1-Versorgung (die häufig Interventionsbereitschaft innerhalb von 2 Minuten erfordert und inkompatibel ist mit einer Pflegefachkraft, die für mehr als einen Versicherten gleichzeitig zuständig ist) nicht genügend Pflegefachkräfte im Sinne der Rahmenrichtlinie vorhanden sein. Dem selbstständig lebenden und im Sinne des Gesetzes mündigen Versicherten muss es demnach möglich sein, die 1:1-Versorgung über die Versorgung nicht ausschließlich mit Intensivpflegefachkräften zu priorisieren.</p> <p>Nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt ist die Zuteilung von Regelungsbefugnissen zur Eignung der Pflegekräfte an die für die Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V zuständigen Organisationen in § 1 Abs. 1 S. 6/7 RL-E. Damit wird eine untergesetzliche Verweiskette ohne gesetzliche Grundlage geknüpft. Sie ermöglicht es, detaillierte Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte aufzustellen, für die es nicht nur keine gesetzliche Grundlage gibt, sondern die geeignet sein können, den Leistungsanspruch durch überzogene Anforderungen auszuhöhlen.</p>
§ 9	Abs. 1	Satz 2	<p>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,</p>	
			Zustimmung	

§ 9	Absatz 2			
§ 9	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich: ²Umfasst 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.</p> <p>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>Im Titel des GKV-IPRehabilitationsG genannt ist ausdrücklich Rehabilitation genannt, damit sind Teilhabeleistungen „automatisch“ aufgerufen, weil Rehabilitation nach Definition der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) stets auf Teilhabe zielt, so auch das BTHG!</p>
§ 9	Absatz 3		<p>Änderungsvorschlag: Satz 1: Wird <u>auf Wunsch der oder des Versicherten oder deren Eltern bzw. gesetzlichen Vertretern</u> 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 Intensiv-pflege <u>durch Leistungserbringer nach § 132I SGB V</u> ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V bestehen.</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 damit 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>
§ 9	Absatz 4		<p>Änderungsvorschlag: Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als vergütungspflichtige</p>	<p>1. mir ist der Unterschied im GBA Entwurf zwischen „außerklinischer Intensivpflege“ und „medizinischer</p>

		<p>Leistung der außerklinischen Intensivpflege gemäß Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag Ärzte zwischen KBV und GKV-SV gem. § 28 Abs. 1, Satz 3 SGB V, Stand 1.1.2015 verordnet und von nichtärztlichen Leistungserbringern erbracht werden.</p> <p>Hierbei ist auch Abschnitt VII, Nr. 14 (Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Memorandum BÄK und KBV, Stand 29.8.2008) zu berücksichtigen.</p>	<p>Behandlungspflege“ i.S. des § 37c nicht klar. Vielleicht gibt es gar keinen.</p> <p>2. Erläuterung zur zitierten Quelle “Anlage 24”: <i>§ 1 Die Vereinbarung regelt ... die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter ... und führt in einem sich im Anhang befindenden Katalog beispielhaft auf, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche spezifischen Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. ...</i> <i>§ 4 (1) Der Arzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert.</i> <i>§ 4 (2) Der Arzt hat sicherzustellen, dass der Mitarbeiter aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist (Auswahlpflicht).</i> <i>§ 4 (2) Er hat ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) sowie regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht). Die Qualifikation des Mitarbeiters ist ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und der Überwachung.</i></p> <p>3. Erläuterung zum Memorandum BÄK und KBV:</p>
--	--	---	--

					<p><i>VII. Einzelne Fragestellungen. 14. Heimversorgung. ...der Arzt (kann) auch pflegerische Leistungen ... anordnen, die von nicht bei ihm angestellten Personen in der häuslichen Umgebung des Patienten oder in Heimen erbracht werden</i></p> <p>Lt. Rechtskommentar (Krull&Neudamm, RÄ Wiesbaden in DÄ 112 (3): 2-4) entfällt dann die schriftlich zu fixierende Weisungspflicht aber auch die in §4 (2) der Anlage 24... genannte "3. Säule" der ärztlichen Delegation, nämlich die Überwachungspflicht.</p>	
§ 9	Absatz 5		Abs. 5 streichen.			
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG: ¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder</p>	<p>PatV: ¹Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege in dem</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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>		
			Ablehnung	<p>[Zustimmung zu Satz 1 und 2 Änderung Satz 3:]</p>	Der Begriff „Rückzugspflege“ ist nach den Rahmenempfehlungen zur HKP-Richtlinie (i.d.F. vom	Auf Wunsch des Betroffenen kann die Delegation der medizinischen Behandlungspflege auch an

				<p>Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang, in dem die Beteiligung der An- und Zugehörigen tatsächlich erfolgt ist.</p>	<p>14.10.2020 §4 Absatz 22, S. 20 f.) mit der Reduzierung des ärztlich verordneten Versorgungsumfangs verbunden. Mit Rücksicht auf z.B. krankheitsbedingte Ausfälle des /der pflegenden Angehörigen kann die Sicherstellung der Versorgung nach einer Reduzierung des verordneten Versorgungs-umfangs nicht mehr gewährleistet werden, da in diesen Fällen keine Vertretung zur Verfügung steht.</p>	<p>medizinische Laien (An- und Zugehörige) nach strukturiertem Training mit Erfolgskontrolle erfolgen. Der Arzt / die Ärztin muss sich persönlich davon überzeugen, dass der medizinische Laie ausreichend qualifiziert ist und dies dokumentieren. Außerdem ist ein regelmäßiges Notfalltraining der Pflegenden und anderen Betreuer durchzuführen und muss z. B. wie Therapiestunden bezahlt werden. Der Arzt / die Ärztin muss sich persönlich davon überzeugen, dass der medizinische Laie ausreichend qualifiziert ist und dies dokumentieren. Die Pflegepädagogik kann hier mit Konzepten die Ausbildung und Begleitung dieser</p>
--	--	--	--	--	--	--

						„medizinischen Laien“ unterstützen. Außerdem ist ein regelmäßiges Notfalltraining der Pflegenden und anderen Betreuer durchzuführen und muss z. B. wie Therapiestunden bezahlt werden.
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1	<p>Ergänzung:</p> <p>An diesen Teams und Netzwerken ist in jedem Fall die oder der Versicherte bzw. Die Stellvertretung einzubeziehen und aktiv zu beteiligen. Versorgungsnetzwerke leisten nachweislich einen optimalen Informations-, Erfahrungs- und Wissensaustausch für die Bewältigung komplexer Lebenssituationen und Versorgungsbedarfe sicherstellen, vor allem, wenn die oder der Versicherte bzw. Zu- und Angehörigen als wichtiger Kontext- und Umfeldfaktoren miteinbezogen, beteiligt werden und aktiv mitwirken (Selbstwirksamkeit als gesundheitsfördernder Faktor). Solche Prozesse eine sozialen Systemmanagements bedürfen einer zentralen Koordination</p>				<p>Das interprofessionelle, transdisziplinäre, intersektorale Versorgungsnetzwerk hat eine Schlüsselstellung für Betroffene in der außerklinischen Intensivversorgung. Die Zusammenarbeit aller Leistungserbringer in Form von Netzwerken und Teambesprechungen muss klar definiert, dokumentiert, zentral koordiniert und vergütet werden. Wünschenswert ist, analog zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ (SAPV), eine „Spezialisierte ambulante Beatmungsversorgung“ (SABV), wie dies von der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. vorgeschlagen wurde.</p>

			mit bestimmten Vertretungs- und Durchgriffsrechten durch dafür erfahrene und qualifizierte Personen (z.B. Case-Manager/in, Pflegefachkraft, Sozialdienstfachkraft, Ärztlicher Dienst etc.), gerade für schwerstbetroffen Beeinträchtigte mit hohen und komplexen Versorgungsbedarfen.			
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
				Ablehnung Änderungsvorschlag:		

				<p>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].</p> <p>Die Koordination der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Vernetzung der ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringer erfolgt durch einen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer oder einen vom Versicherten gewählten unabhängigen Case Manager oder Lotse</p>		<p>Erfahrungs- und Wissensaustausch für die Bewältigung komplexer Lebenssituationen und Versorgungsbedarfe sicherstellen, vor allem, wenn die oder der Versicherte bzw. Zu- und Angehörigen als wichtiger Kontext- und Umfeldfaktoren miteinbezogen, beteiligt werden und aktiv mitwirken (Selbstwirksamkeit als gesundheitsfördernder Faktor). Solche Prozesse eine sozialen Systemmanagements bedürfen einer zentralen Koordination mit bestimmten Vertretungs- und Durchgriffsrechten durch dafür erfahrene und qualifizierte Personen (z.B. Case-Manager/in, Pflegefachkraft, Sozialdienstfachkraft, Ärztlicher Dienst etc.), ge-</p>
--	--	--	--	--	--	---

						rade für schwerstbetroffen Beeinträchtigte mit hohen und komplexen Versorgungsbedarfen. Die Netzwerkarbeit erfolgt im Interesse des Versicherten. Der Versicherte soll daher den qualifizierten Koordinator aus dem Kreis der Leistungserbringer wählen oder einen unabhängigen qualifizierten Koordinator bestimmen.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2						
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung				
			Zustimmung				
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen				
			Zustimmung				

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
			Zustimmung			
§10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Ablehnung			
§ 10	Absatz 2 bzw. 3					
§ 10	Absatz 3 bzw. 4		-Absatz streichen-		Die Information der Pflege gegenüber dem behandelnden ärztlichen Dienst ist eine Banalität und Selbstverständlichkeit und Voraussetzung ärztlicher Behandlung generell.	
§ 10	Absatz 4 bzw. 5		-Absatz streichen-		Die in Absatz 4 bzw. 5 genannten Anzeichen sind integraler Bestandteil der allgemeinen Krankenbeobachtung nach Absatz 3 bzw. 4.	
§ 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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen ein-	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	schließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
			Ablehnung	Ablehnung		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertrags-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>arzt 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>		
				<p>Zustimmung mit Berücksichtigung auf die Ergänzung unter § 9 Abs. 6 (oben)</p>	<p>In den Rahmenempfehlungen zur HKP-Richtlinie (i.d.F. vom 14.10.2020 §4 Absatz 22, S. 20 f.) wird Rückzugspflege als strukturierte Maßnahme beschrieben, um Versicherte und deren soziales Umfeld durch Anleitung und Schulung in die Lage zu versetzen, sich an den krank-pflegerischen Maßnahmen zu beteiligen bzw. diese</p>	

					<p>ganz oder teilweise zu übernehmen. Ein Rückzug setzt dabei voraus, dass die erforderlichen krank-pflegerischen Maßnahmen von den Versicherten oder ihrem sozialen Umfeld selbständig sichergestellt werden können und dies auch der Auffassung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes entspricht. Der verordnende Arzt passt hier-nach den verordneten Versorgungsumfang an. In der S2k-Leitlinie „Nicht-invasive und invasive Beat-mung als Therapie der chronischen respiratori-schen Insuffizienz – Revi-sion 2017“ (Punkt 6.12, S. 50 f.) beschreibt Rückzugs-pflege die Verminderung</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>des durch Pflegende erbrachten Versorgungsumfangs beim Patienten. Der Versorgungsumfang soll sich dabei in Abhängigkeit von einer erwarteten Verbesserung des Allgemeinzustandes am aktuellen Bedarf orientieren. Darüber hinaus soll die größtmögliche Autonomie des Patienten und seiner Angehörigen angestrebt werden. Eine Reduzierung des ärztlich verordneten Versorgungsumfangs ist hier nicht vorgesehen.</p> <p>Bei der geplanten Überführung der Beschreibung von Rückzugspflege aus dem Leistungsbereich der HKP-RL in die Leistungsbeschreibung der außerklinischen Intensivpflege ist zu</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>berücksichtigen, dass angesichts der Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege (ständige vitale Gefährdung, Interventionsbereitschaft bei potenziell lebensbedrohlichen Notlagen, der Notwendigkeit spezieller Krankenbeobachtung etc.) ein fachpflegerischer Rückzug grundsätzlich nicht zulässig ist. Insbesondere ist eine Reduzierung des ärztlich verordneten Leistungsumfangs mit Rücksicht auf die Patientensicherheit ausgeschlossen.</p> <p>Um beispielsweise bei jungen Versicherten, die im Haushalt der Familie leben, dem Wunsch nach</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Privatsphäre und Autonomie dennoch in angemessener Weise Rechnung zu tragen, soll auch in diesem Leistungsbereich die Beteiligung von An- und Zugehörigen an der Behandlungspflege in begrenztem Umfang ermöglicht werden. Hierfür sind koordinierte vorbereitende und begleitende Maßnahmen erforderlich.</p> <p>Die Beteiligung von An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege setzt voraus, dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diese Beteiligung von den Patient*innen und den 	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>An- und Zugehörigen ausdrücklich gewünscht wird</p> <ul style="list-style-type: none">• die An- und Zugehörigen für die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung der Versicherten entsprechend des individuellen Bedarfes und der örtlichen Gegebenheiten ausreichend angeleitet und geschult wurden• der gewünschte Beteiligungsumfang unter Berücksichtigung der persönlichen und familiären Umstände für einen definierten Zeitraum zwischen den Versicherten und ihren Angehörigen, den	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Pflegedienstleister und den verordnenden Ärzten abgestimmt wurde</p> <ul style="list-style-type: none">• eine verbindliche Vertretungsregelung bei unvorhersehbarem - z.B. krankheitsbedingtem - Ausfall der An- und Zugehörigen besteht, z.B. indem vom Leistungserbringer für die Zeit der Versorgung durch An- und Zugehörige ein Bereitschaftsdienst vorgehalten und vergütet wird• das Kindeswohl nach § 1666 BGB nicht durch die von sorgeberechtigten Eltern im Kontext ihrer familiären Le-	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>bensentwürfe gewünschte Qualifizierung für medizinische Behandlungspflege gefährdet wird</p> <p>Um die Versorgungssicherheit nicht zu gefährden, reduziert sich der durch die Fachpflegekräfte erbrachte Versorgungsumfang nur in dem Maße, in dem die Versorgung durch die An- und Zugehörigen tatsächlich erfolgt ist.</p>	
§ 10	Absatz 6 bzw. 7	<p>Ergänzung: Zusätzlich zu den Beatmungsparametern sollten therapierrelevante Trenddaten aus der laufenden telemonitorischen Erfassung,</p>				

			falls vorhanden, ausgewertet werden. Aus Datenschutzgründen darf im persönlichen Budget eine Pflegedokumentation schriftlich abgelehnt werden.		Ablehnung seitens des Versicherten möglich, ein komplettes, differenziertes Bild rein nach medizinischen Kriterien (der aktuell vorherrschenden Lehrmeinung) droht das Selbstbestimmungsrecht auszuhöhlen)	
§ 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
			Kein Kommentar möglich, da unvollständige Sätze			
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:
				Zustimmung		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!
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.				

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

Stellungnahme für die
Deutsche Fachpflege Gruppe

Universitätsprofessor Dr. Thorsten Kingreen
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht
Universität Regensburg

Juli 2021

Die nachfolgende Stellungnahme befasst sich mit dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter dem 23.06.2021 veröffentlichten Beschlussentwurf „über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege“ (nachfolgend: RL-E) nach § 37c SGB V sowie den dafür „Tragenden Gründen“. Er knüpft an mein Rechtgutachten „Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V und seine Konkretisierung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ vom 16.04.2021 (nachfolgend: Rechtsgutachten) an.

I. Rechtsgrundlagen

Der Entwurf benennt im Ausgangspunkt grundsätzlich zutreffend § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V als Rechtsgrundlage für eine solche Richtlinie. Aus dieser Norm ergibt sich allerdings nach der üblichen Regelungssystematik nur, *dass* der G-BA eine solche Richtlinie erlassen darf, aber nicht, *welchen konkreten Inhalt* diese haben darf. Dieser folgt aus der konkreten leistungsrechtlichen Norm des § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V, der wie folgt lautet:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2021 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 sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2,
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 Versorgungskoordination,
3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 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.“

Diese Norm wird als Rechtsgrundlage überhaupt nicht erwähnt, obwohl sie die Kompetenzen des G-BA und deren Grenzen umschreibt. Die in § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V genannten Regelungsbereiche sind abschließend. Anders als andere Bestimmungen, die den G-BA zur Rechts-

normkonkretisierung ermächtigen (beispielsweise: § 32 Abs. 1a S. 2 SGB V) wird er nicht „insbesondere“ zur Regelung der benannten Fragen ermächtigt, sondern abschließend.

Insofern ist es bemerkenswert, dass sich der G-BA auch in den „Tragenden Gründen“ mit den durch § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V gezogenen Grenzen seiner Regelungsbefugnisse an keiner Stelle auseinandersetzt. Mehrere Bestimmungen im Richtlinienentwurf erwecken vielmehr den Eindruck, als gehe der G-BA von einer originären, gesetzlich nicht weiter determinierten Generalzuständigkeit für das Leistungsrecht der außerklinischen Intensivpflege aus. Dem scheint die Rechtsauffassung zugrunde zu liegen, dass der G-BA die Leistungsvoraussetzungen eigenständig festlegen kann und das Gesetz eher eine Konkretisierung der Richtlinie ist. Anders kann man jedenfalls beispielsweise § 1 Abs. 4 S. 2 und 3 RL-E nicht verstehen: S. 2 paraphrasiert zunächst § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V, bevor dann S. 3 im Duktus einer Ermächtigung des Parlamentsgesetzes an einen Verordnungsgeber formuliert: „ Das Nähere regelt § 37c Abs. 2 Sätze 3 bis 9 SGB V.“

Eine solche paralegale Regelungstechnik stellt das Verhältnis zwischen Parlamentsgesetz und untergesetzlicher Richtlinie auf den Kopf. Demgegenüber ist nochmals an die im Rechtsgutachten (S. 21f.) aufgeführte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu erinnern, die es dem G-BA verbietet, ohne gesetzliche Grundlage über die Voraussetzungen krankensicherungsrechtlicher Leistungsansprüche zu disponieren.

Nachfolgend werden drei Regelungskomplexe herausgegriffen, die diesen Eindruck bestätigen.

II. Umformulierung der leistungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen, § 1 RL-E

Unter der unspezifischen Gesetzesbezeichnung „Grundlagen“ vermischt § 1 in einer ausgesprochen intransparenten Art und Weise paraphrasierte Extrakte aus dem Gesetzestext mit eigenmächtigen Ergänzungen, die durch § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V nicht gedeckt sind. Dieser erlaubt es dem G-BA zwar, „das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen“ zu regeln, aber nicht, eigenständige zusätzliche Tatbestandsvoraussetzungen für den gesetzlichen Leistungsanspruch aufzustellen. Nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt sind daher die im Folgenden nur beispielhaft herausgegriffenen Regelungen:

1. Geeignete Pflegefachkraft

§ 1 Abs. 1 S. 1 und 2 RL-E wiederholen zunächst nur den Gesetzestext, was den flüchtigen Leser zu der Annahme verleiten könnte, dass es sich nur eine einführende Norm („Grundlagen“) ohne eigenständige Regelungsgehalte handelt. Tatsächlich schließen sich dann aber Regelungen über „geeignete Pflegekräfte“ an, die das Gesetz so nicht enthält. Die drei Trägerorganisationen möchten sogar in S. 5 des Entwurfes eine Regelung zu den Anforderungen an die Eignung der Pflegekräfte einführen. (Nur) den tragenden Gründen kann man entnehmen, dass es dabei um solche Anforderungen geht, die in der Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V geregelt sind. Für diese sind aber partiell andere Organisationen zuständig als für die Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V.¹ § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V ermächtigt den G-BA zu alledem nicht; insbesondere ist nirgend geregelt, dass Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V den Leistungsanspruch nach § 37c SGB V konkretisieren dürfen.

Ebenfalls nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt ist die Zuteilung von Regelungsbefugnissen zur Eignung der Pflegekräfte an die für die Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V zuständigen Organisationen in § 1 Abs. 1 S. 6/7 RL-E. Damit wird eine untergesetzliche Verweiskette ohne gesetzliche Grundlage geknüpft. Sie ermöglicht es, detaillierte Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte aufzustellen, für die es nicht nur keine gesetzliche Grundlage gibt, sondern die geeignet sein können, den Leistungsanspruch durch überzogene Anforderungen auszuhöhlen.

2. Fähigkeit zur Selbstdurchführung der außerklinischen Intensivpflege/gesundheitliche Eigenkompetenz

§ 1 Abs. 3 RL-E etabliert eine gänzlich neue Anspruchsvoraussetzung, für die es keine Rechtsgrundlage gibt. Der Anspruch wird davon abhängig gemacht, dass der Versicherte die außerklinischen Intensivpflege nicht selbst durchführen kann; zudem muss seine „gesundheitliche Eigenkompetenz“ berücksichtigt werden.

Diese sehr allgemeinen Begrifflichkeiten, die das Gesetz selbst nicht verwendet, sind aufgrund ihrer hohen Konkretisierungsbedürftigkeit ein Einfallstor für die Verschärfung der Anspruchs-

¹ „Dies setzt neben der 3-jährigen pflegerischen Ausbildung auch einschlägige Zusatzqualifikationen voraus, wie sie in der aktuellen Fassung der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V geregelt und von Leitlinien empfohlen werden. Diese Klarstellung ist erforderlich, da in der Richtlinie mehrmals die Begrifflichkeit ‚geeignete Pflegefachkraft‘ genannt wird.“

voraussetzungen. Sie versetzen die Krankenkassen in einem durch das Gesetz nicht ansatzweise gedecktem Umfang in die Lage, über die Anspruchsvoraussetzungen zu disponieren.

3. Geeignete Orte

Schließlich weichen Regulationsstruktur und -inhalt des § 1 Abs. 4 RL-E zu den Orten der Leistungserbringung subkutan von der gesetzlichen Ermächtigung ab.

§ 1 Abs. 4 S. 1 RL-E beinhaltet eine aus fünf Nummern bestehende Aufzählung von Orten der Leistungserbringung, wohingegen § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V nur vier Orte benennt. Das liegt daran, dass der „sonst geeignete Ort“ i.S.v. § 37c Abs. 2 Nr. 4 SGB V aus der Aufzählung herausgezogen werden und in einer eigenständigen Nr. 5 geregelt werden soll. Das liegt wiederum daran, dass die Trägerorganisationen in § 1 Abs. 4 S. 4 RL-E bestimmte Anforderungen an die sonstigen geeigneten Orte festlegen möchten.

Nicht nur aus dem Wortlaut des § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V, sondern auch aus seiner systematischen Stellung lässt sich ableiten, dass der G-BA für die erst in Abs. 2 der Vorschrift geregelten Orte der Leistungserbringung gar keine Regelungskompetenz hat. Erst recht ist er nicht befugt, den Kreis dieser Orte zu beschränken oder Anforderungen an diese zu stellen, die das Gesetz nicht enthält.

III. Verordnung von außerklinischer Intensivpflege, §§ 3-6 RL-E

Die §§ 3-5 RL-E betreffen ausweislich ihrer Überschriften jeweils die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. Das würde dafür sprechen, sie allein am Maßstab von § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 3 SGB V („Anforderungen an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind“) oder Nr. 4 („Anforderungen an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen“) zu messen.

1. Tatsächlich regelt aber § 3 RL-E teilweise nicht die Ausstellung von Verordnungen, sondern konkretisiert Tatbestandsmerkmale des materiellen Leistungsrechts. Jedenfalls in seinen Absätzen 1 und 2 („Anpruchsvoraussetzungen“) geht es um das Tatbestandsmerkmal des „besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege“ i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V, das der G-BA nur in den durch § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 1 SGB V gesteckten Grenzen („Anforderungen an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2“) konketi-

sieren darf. Daran gemessen ist etwa die von GKV-SV und KBV vorgeschlagene Begrenzung des Leistungsanspruchs auf „lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen“ (§ 3 Abs. 1 RL-E) rechtlich angreifbar, weil das Gesetz den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege nicht nur auf den lebensbedrohlich erkrankten Personenkreis beschränkt. Dadurch wird mittelbar auch über den für den Leistungsanspruch nach § 37c SGB V relevanten Krankheitsbegriff disponiert, was nicht Aufgabe des G-BA ist.² – Ich verweise insoweit auf meine Ausführungen im Rechtsgutachten, S. 21f.

2. Anders als noch der im Rechtsgutachten behandelte Entwurf weitet § 4 RL-E den Kreis der verordnungsberechtigten Vertragsärzte auch auf Hausärzte aus. Damit wird den im Rechtsgutachten, S. 27ff. geäußerten Bedenken Rechnung getragen. Insbesondere lässt es § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 4 SGB V zu, besondere Qualifikationsanforderungen an die verordnenden Vertragsärzte zu stellen. Daher wäre auch ein Anforderungskatalog, wie in § 4 Abs. 1 S. 3 RL-E in der Fassung des Vorschlags des GKV-SV enthält zulässig, wenn die Anforderungen nicht so unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, dass ihnen kaum ein Hausarzt genügen kann.

Hingegen besteht für den durch DKG, KBV und die Patientenvertreter vorgeschlagenen Ausschluss der Hausärzte aus dem Kreis der verordnungsberechtigten Vertragsärzte im Rahmen des Entlassmanagements (§ 4 Abs. 2 RL-E) keine Rechtsgrundlage. Denn auch insoweit handelt es sich um eine „Verordnung durch einen Vertragsarzt“ i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V. Der Rechtsbegriff „Vertragsarzt“ schließt aber aus den im Rechtsgutachten, S. 27ff. genannten Gründen auch Hausärzte ein; zudem unterscheidet das Gesetz nicht zwischen Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements und anderen Verordnungen. § 4 Abs. 2 RL-E wäre daher in der durch die DKG, die KBV und die Patientenvertreter vorgeschlagenen Fassung rechtswidrig.

IV. Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege, § 8 RL-E

Gemäß § 8 Abs. 1 RL-E bedürfen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege i.S.v. § 37c SGB V der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Im Rechtsgutachten, S. 31ff. wurde mit Nachweisen auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts herausgearbeitet, dass das Erfordernis einer Genehmigung eine formelle Anspruchsvoraussetzung ist, die einer gesetzlichen Regelung bedarf. Der G-BA ist daher zu einer

² BSG, Urt. v. 30.09.1999, B 8 KN 9/98 KR R, Rn. 62 (juris).

eigenständigen, nicht gesetzlich angeleiteten Regelung eines Genehmigungsvorbehalts nicht befugt. Insbesondere regelt § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V kein Genehmigungserfordernis, sondern konkretisiert lediglich die übliche Befugnis der Krankenkasse, die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm zu prüfen, die sie als Landesbehörde i.S.v. Art. 83, 84 GG bzw. als Bundesbehörde nach Art. 87 Abs. 2 GG ausführt. Wenn der Gesetzgeber ein Genehmigungserfordernis hätte etablieren wollen, hätte er dies an genau diesem Regelungsstandort, an dem es um die Kompetenzen der Krankenkasse geht, getan. Das ist aber nicht geschehen.

Nach der Abfassung des Rechtsgutachtens ist eine Entscheidung des 6. Senats des Bundessozialgerichts (BSG, Urt. v. 27.01.2021, B 6 A 1/19 R³) veröffentlicht worden, in der es um die Zulässigkeit von Genehmigungsvorbehalten für humangenetische Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) ging. Diese Entscheidung bestätigt zunächst die im Rechtsgutachten geäußerte Auffassung, dass Genehmigungsvorbehalte einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage bedürfen (Rn. 12ff). Zutreffend führt der 6. Senat aus, dass sich weder § 15 Abs. 1 SGB V noch den allgemeinen Grundsätzen des Sozialgesetzbuchs V eine Aussage dahingehend entnehmen lasse, ob eine Leistung einer Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf. Vielmehr komme es auf den Inhalt der leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften an:

„Ob der Versicherte eine konkrete Leistung tatsächlich ohne vorherige Antragstellung nach § 19 Satz 1 SGB IV und ohne vorherige Zustimmung der KK als Sachleistung erhalten kann, wird gerade nicht in § 15 Abs. 2 bis 6 SGB V geregelt [...], sondern richtet sich – auch wenn die unmittelbare Inanspruchnahme die Regel ist – nach den Vorschriften des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts“ (Rn. 19).

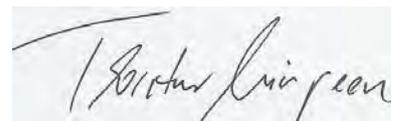
Der Senat hat sich daher näher mit den Regelungen des vertragsärztlichen Leistungs- und Leistungserbringungsrechts befasst. Er ist dabei zu dem Schluss gekommen, dass § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V, der den Bewertungsausschuss zur Bestimmung des „Inhalts der abrechnungsfähigen Leistungen“ berechtigt, keine Rechtsgrundlage für den Genehmigungsvorbehalt bildet. Vielmehr sei ein Genehmigungsvorbehalt ein zulässiger Bestandteil des Bundesmantelvertrags i.S.v. § 82 Abs. 1 SGB V, wenn dessen Parteien den Genehmigungsvorbehalt einvernehmlich beschließen (Rn. 14f.).

³ Die Entscheidung ist nach wie vor (Stand: 21.07.2021) nicht auf der Website des Bundessozialgerichts und in den Datenbanken Beck-Online und Juris veröffentlicht, sondern wurde dem Verfasser nach Erstellung des Rechtsgutachtens vom 16.04.2021 durch einen Prozessbeteiligten zur Verfügung gestellt.

Die Entscheidung des 6. Senats verdeutlicht damit nicht nur, dass Genehmigungsvorbehalte ohne gesetzliche Grundlage rechtswidrig sind. Sie bestätigt vielmehr auch, dass allein die gesetzlich zugewiesene Zuständigkeit (wie sie nicht nur in § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V, sondern auch in § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V enthalten ist), den „Inhalt“ von Leistungen zu konkretisieren, keinen Genehmigungsvorbehalt deckt.

Die Entscheidung des 6. Senats des Bundessozialgerichts bestätigt und verfestigt damit die im Rechtsgutachten, S. 31ff. vertretene Rechtsauffassung, dass ein Genehmigungsvorbehalt, wie er in § 8 Abs. 1 RL-E vorgesehen ist, rechtswidrig ist.

Regensburg, 21.07.2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Thorsten Kingreen', is written over a light blue rectangular background.

Prof. Dr. Thorsten Kingreen

**Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V
und seine Konkretisierung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bun-
desausschusses**

Rechtsgutachten für die
Deutsche Fachpflege Gruppe

erstattet von

Universitätsprofessor Dr. Thorsten Kingreen
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht
Universität Regensburg

April 2021

Gliederung

I. Ergebnisse des Rechtsgutachtens.....	4
II. Sachverhalt und Fragestellung.....	7
III. Rechtliche Bewertung.....	12
1. Verfassungsrechtliche Rahmung.....	12
a) Das Wunsch- und Wahlrecht.....	12
aa) Grundlagen.....	12
bb) Das Wunsch- und Wahlrecht im verfassungs- und völkerrechtlichen Kontext.....	13
b) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Eingriffen in das Wunsch- und Wahlrecht.....	15
aa) Der Parlamentsvorbehalt.....	15
bb) Verfassungsrechtliche Legitimation der untergesetzlichen Konkretisierung durch Richtlinien des G-BA.....	17
2. Grund und Grenzen der Rechtsnormkonkretisierung durch den G-BA.....	20
a) Das sog. Rechtsnormkonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts.....	20
b) Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung.....	21
aa) Unzulässige Disposition über Anspruchsvoraussetzungen	21
bb) Unzulässige prozedurale Zusatzhürden für die Inanspruchnahme von Leistungen.....	23
(1) Gesetzlich nicht vorgesehener Genehmigungsvorbehalt.....	23
(2) Gesetzlich nicht vorgesehener Verordnungsvorbehalt.....	23
3. Prüfung der Rechtmäßigkeit des Richtlinien-Entwurfs.....	24
a) Der Referentenentwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungs- gesetzes (RISG)	24
b) Qualifikation der außerklinische Intensivpflege verordnenden Ärztinnen und Ärzte	27

c) Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege durch die Krankenkassen, § 8 Abs. 1 RL-E.....	29
aa) Beantragung und Genehmigung von veranlassten Leistungen.....	29
bb) Gesetzliches oder gesetzlich ermöglichtes Genehmigungserfordernis bei der außerklinischen Intensivpflege.....	30
(1) Zielvereinbarung bzw. Feststellung durch die Krankenkasse, § 37c Abs. 2 S. 3-8 SGB V.....	31
(2) Konkretisierungsbefugnis des G-BA.....	33
cc) Fazit zum Genehmigungserfordernis.....	33

I. Ergebnisse des Rechtsgutachtens

- 1.** Das in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V explizit normierte Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bringt zum Ausdruck, dass diese nicht Objekte fürsorglich-obrigkeitlicher Behandlung sind, sondern eigene soziale Rechtsansprüche haben und auch in komplexen gesundheitlichen Krisensituationen in der Lage sind, eigene Entscheidungen zu treffen oder eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, wer ihre Angelegenheiten besorgt, wenn sie dazu selbst nicht mehr in der Lage sind.
- 2.** Der Gesetzgeber hat die Einführung des Wunsch- und Wahlrechts in das Sozialleistungsrecht politisch mit der Menschenwürde begründet. Es ist jedenfalls durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) auch grundrechtlich geschützt. Deshalb stellt es einen Eingriff in dieses Grundrecht dar, wenn Wünschen der Versicherten, insbesondere was den Leistungsort angeht, nicht entsprochen wird.
- 3.** Dieser Grundrechtseingriff kann verfassungsrechtlich gerechtfertigt werden.
 - a)** Die verfassungsrechtliche Rechtfertigung setzt ein Parlamentsgesetz voraus, das Bestandteil der verfassungsmäßigen Ordnung im Sinne von Art. 2 Abs. 1 GG ist. Dieses Gesetz muss die Voraussetzungen für den Grundrechtseingriff hinreichend konkret bestimmen (sog. Parlamentsvorbehalt).
 - b)** Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Parlamentsvorbehalt eine besondere Bedeutung für die demokratische Legitimation von Grundrechtseingriffen. Sie erklärt sich aus der allenfalls abgeschwächten personellen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Verhältnis zu Grundrechtsträgern, die nicht mitgliedschaftlich in seinen Beschlussgremien vertreten sind (sog. Außenseiter); dazu zählen namentlich die Versicherten. Die Verfassungsmäßigkeit der Richtlinien des G-BA (dazu 4.) hängt im Verhältnis zu Außenseitern davon ab, dass der G-BA hinreichend „gesetzlich angeleitet“ (Bundesverfassungsgericht) ist. Diese gesetzliche Anleitung betont den Parlamentsvorbehalt, erzeugt damit sachliche Legitimation und soll die abgeschwächte personelle Legitimation des G-BA kompensieren.
- 4.** Der G-BA hat die Aufgabe, die nur als Rahmenrechte verstandenen Leistungsrechte in der GKV durch Richtlinien zu durchsetzbaren Rechtsansprüchen zu verdichten. Dabei unterliegt er aber gerade wegen seiner nur abgeschwächten personellen Legitimation gegen-

über den Versicherten einer strengen Gesetzesbindung, damit seine Richtlinien das verfassungsrechtlich notwendige Legitimationsniveau erreichen. Er darf daher nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts weder über die materiellen Anspruchsvoraussetzungen disponieren noch darf er zusätzliche administrative Hürden errichten, die das Gesetz nicht vorsieht. Unzulässig sind insbesondere über das Gesetz hinausgehende Anforderungen an vertragsärztliche Verordnungen und von im Gesetz nicht vorgesehenen Genehmigungserfordernissen seitens der Krankenkassen.

5. Der im August 2020 bekannt gewordene Entwurf einer Richtlinie des G-BA über die Verordnung mit außerklinischer Intensivpflege (RL-E) wird den (verfassungs-)rechtlichen Vorgaben an Beeinträchtigungen des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten teilweise nicht gerecht.
 - a) Das Wunsch- und Wahlrecht war in einem ursprünglichen Referentenentwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG) aus dem August 2019 nicht vorgesehen. Zudem hatte dieser namentlich von den Mitgliedsorganisationen im G-BA (Krankenkassenverbände, Kassenärztliche Bundesvereinigung) begrüßte Entwurf noch einen Vorrang der stationären Leistungserbringung vorgesehen. Als Folge von Protesten aus Patientenverbänden und Fachgesellschaften sieht das Gesetz nunmehr nicht nur ein Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten vor (§ 37c Abs. 2 S. 2 SGB V), sondern lässt die klinische Intensivpflege gleichberechtigt auch im familiären Umfeld zu (§ 37c Abs. 2 S. 1 SGB V). Diese gesetzlichen Vorgaben für das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten sind maßgebend auch für die Richtlinien des G-BA, auch wenn sie von dessen Mitgliedsorganisationen politisch abgelehnt werden.
 - b) Die Beschränkung des Kreises der ordnungsberechtigten Vertragsärzte auf bestimmte Fachärzte in § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E geht über die gesetzliche Ermächtigung in § 37c Abs. 1 S. 4 und S. 9 Nr. 4 SGB V hinaus und wäre daher, sollte er so beschlossen werden, rechtswidrig. Denn das Gesetz sieht besonders qualifizierte Vertragsärzte als ordnungsberechtigt an; Vertragsärzte sind aber nach der vertragsärztlichen Systematik auch Hausärzte. Der G-BA darf dann lediglich regeln, was diese Vertragsärzte zu besonderes qualifizierten Vertragsärzten macht.
 - c) Rechtswidrig wäre auch das in § 8 Abs. 1 RL-E vorgesehene Erfordernis einer Genehmigung der außerklinischen Intensivpflege durch die Krankenkasse. Als Anspruchsvor-

oraussetzung bedarf das Erfordernis einer Genehmigung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts einer expliziten gesetzlichen Regelung; der G-BA ist daher zu einer eigenständigen, nicht gesetzlich angeleiteten Regelung nicht befugt. § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V regelt kein Genehmigungserfordernis, sondern konkretisiert lediglich die übliche Befugnis der Krankenkasse, die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm zu prüfen, die sie als Landesbehörde i.S.v. Art. 83, 84 GG bzw. als Bundesbehörde nach Art. 87 Abs. 2 GG ausführt.

II. Sachverhalt und Fragestellung

Das am 29.10.2020 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - GKV-IPReG)“¹ hat in einem neuen § 37c SGB V einen leistungsrechtlichen Rechtsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt.

1. Die **Anspruchsgrundlage** des § 37c SGB V steht im begrifflich-systematischen Kontext mit dem schon bislang in § 37 Abs. 2 SGB V geregelten Rechtsanspruch auf die sog. Behandlungspflege:²
 - a) Die **allgemeine Behandlungspflege** umfasst die krankheitsspezifischen, nicht allgemein auf die Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Pflegemaßnahmen, die, soweit sie professionell erfolgen, meist von Vertretern medizinischer Hilfsberufe erbracht werden.³ Die Versicherten erhalten die allgemeine Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen.
 - b) Der Anspruch aus § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V umfasst bislang auch eine **qualifizierte Behandlungspflege**. Diese wird „bei besonders hohem Pflegebedarf“ (§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V) an den in der Vorschrift genannten Orten des vorwiegend privaten Umfelds als ambulante Leistung erbracht. Nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V besteht der Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege („einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“) aber ausnahmsweise auch in zugelassenen Pflegeeinrichtungen i.S.v. § 43 i.V.m. § 71 Abs. 2 SGB XI und nach § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V in stationären Einrichtungen nach § 43a S. 1 i.V.m. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI.
 - c) Diesen Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege bezeichnet das Gesetz nunmehr als **außerklinische Intensivpflege** und lagert ihn für alle in § 37 Abs. 2 S. 1, 3 und 8 SGB V genannten Leistungsorte in eine eigenständige Anspruchsgrundlage in § 37c Abs. 1 und 2 SGB V aus.

¹ BGBl. I. 2220.

² Vgl. auch *Padé*, in: Engelmann/Schlegel (Hrsg.), *Juris-PK SGB V*, § 37c [2021] Rn. 9ff.

³ So BSG, NZS 2006, 32 (34).

d) Der bisherige Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 S. 1, 3 und 8 SGB V, s. b)) bleibt für einen **Übergangszeitraum bis zum 31.10.2023** neben dem Anspruch aus § 37c SGB V bestehen. Die vollständige Ablösung des Anspruchs aus § 37 Abs. 2 S. 1, 3 und 8 SGB V soll nach dem Willen des Gesetzgebers erst erfolgen, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss den Richtlinienauftrag nach § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V umgesetzt hat, die Vereinbarungspartner die Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 2 SGB V und die Vertragspartner die Verträge nach § 132I Abs. 5 SGB V abgeschlossen haben.⁴ Erst nach Ablauf des Übergangszeitraums wird daher § 37 Abs. 2 S. 3 SGBV gemäß Art. 2 Nr. 1 a) GKV-IPReG durch folgenden Halbsatz ergänzt: „Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden.“ § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V wird nach Art. 2 Nr. 1 b) GKV-IPReG ganz entfallen.

2. Anspruchsberechtigt sind nach § 37c Abs. 1 S. 1 SGB V Versicherte mit einem hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dabei handelt es sich um schwerstpflegebedürftige Menschen, deren Rehabilitation aus klinischer Sicht abgeschlossen ist, die aber weiter beatmet oder über eine Trachealkanüle abgesaugt werden müssen.

3. Materielle Anspruchsvoraussetzung ist nach § 37c Abs. 1 S. 1 SGB V ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dieser liegt nach § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. **Formelle Anspruchsvoraussetzung** ist nach § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Er bzw. sie müssen dabei das Therapieziel mit dem Versicherten erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz (§ 37c Abs. 1 S. 5 SGB V). Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, muss zudem mit jeder Verordnung das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maß-

⁴ Vgl. BT-Drucks. 19/19368, 44.

nahmen erhoben und dokumentiert sowie auf deren Umsetzung hingewirkt werden (§ 37c Abs. 1 S. 6 SGB V).

4. Der **Anspruchsinhalt** ergibt sich aus § 37c Abs. 1 S. 3 SGB V: Er umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach § 37c Abs. 2 SGB V.
5. § 37 Abs. 2 S. 1-5 SGB V regelt die möglichen **Orte der Anspruchserfüllung** und die ggfs. erforderliche **Prüfung ihrer Geeignetheit**:
 - a) Der im Sozialgesetzbuch V zuvor nicht verwendete Begriff „**außerklinisch**“ liegt quer zu der üblichen Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Außerklinisch ist jede Behandlungspflege, die nicht in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfolgt. Sie kann gemäß § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V und wie schon bislang nach § 37 Abs. 2 S. 3 und 8 SGB V in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 2 SGB XI = Nr. 1) und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (§ 71 Abs. 4 Nr. 1 und 3 SGB XI = Nr. 2) erfolgen. Sie kann aber auch in von Leistungserbringern betriebenen Wohneinheiten (§132I Abs. 5 SGB V = Nr. 3) oder im Haushalt der Versicherten oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen (= Nr. 4) erbracht werden.
 - b) Für die **Auswahl des Orts der Anspruchserfüllung** gilt § 37c Abs. 2 S. 2-3 SGB V. Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen (S. 2). Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann; dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen (S. 3). Kann diese Feststellung nicht getroffen werden, weil eine Begutachtung des Versicherten nicht möglich ist, kann nach § 37c Abs. 2 S. 9 SGB V die Erfüllung des Anspruchs in Wohneinheiten (§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V) oder im privaten Umfeld (§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V) versagt werden.
 - c) Über ggfs. erforderliche **Nachbesserungsmaßnahmen** i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 3 SGB V schließt die Krankenkasse gemäß § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung, an der sich nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs wei-

tere Leistungsträger zu beteiligen haben. Zur Umsetzung der Zielvereinbarung schuldet die Krankenkasse nur Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V (§ 37c Abs. 1 S. 5 SGB V).

6. Das **Verfahren zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen** und des **Orts der Anspruchserfüllung** regelt § 37c Abs. 2 SGB V in seinen Sätzen 6-8. Nach § 37c Abs. 1 S. 6 SGB V trifft die Krankenkasse die Feststellung, ob die Anspruchsvoraussetzungen nach Absatz 1 und die in § 37c Abs. 2 S. 1-3 SGB V normierten Anforderungen an den Ort der Anspruchserfüllung erfüllt sind, aufgrund einer vom Medizinischen Dienst durchzuführenden persönlichen Begutachtung des Versicherten am Leistungsort. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung nach § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V grundsätzlich jährlich bzw. bei entsprechendem Anlass nach § 37c Abs. 2 S. 8 SGB V auch früher zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen.
7. Gegenstand des nachfolgenden Rechtsgutachtens ist die in § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V näher normierte **Konkretisierungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses**.
 - a) Der Gemeinsame Bundesausschuss muss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 bis zum 31. Oktober 2021 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 sowie die Anforderungen bestimmen
 1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach § 37c Abs. 1 S. 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 Versorgungskoordination,
 3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach § 37c Abs. 1 S. 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.

- b) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 15.10.2020 beschlossen, ein **Beratungsverfahren** über die „Erstfassung einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege“ einzuleiten.⁵ Zuständig ist der „Unterausschuss Veranlasste Leistungen“, der im Mai 2021 seine Beratungen aufnehmen soll. Bereits im August 2020, also vor Inkrafttreten des Gesetzes, wurde in der Tagespresse von einem ersten Entwurf einer „Richtlinie über die Verordnung mit⁶ außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie – AIP-Richtlinie)“ berichtet, der bereits im April 2020 erstellt worden sein soll.⁷ Dieser offenbar aus dem Kreis der Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses stammende Entwurf war zumindest zwischenzeitlich digital-öffentlich zugänglich und liegt dem Unterzeichner vor.

8. Die Auftraggeberin des Rechtsgutachtens hat darum gebeten, die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Erlass der Richtlinien zu entfalten und zu prüfen, ob die Regelungsvorschläge in dem Entwurf rechtmäßig sind. Insbesondere soll geprüft werden, ob der Richtlinienentwurf Regelungen enthält, die geeignet sind, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V über die gesetzlichen Vorgaben hinaus zu beschränken.

⁵ S. <https://www.g-ba.de/beschluesse/4511/>.

⁶ Gemeint ist wohl: „von“.

⁷ Berliner Zeitung v. 11.08.2020, <https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/haeusliche-intensivpflege-wird-unmoeglich-gemacht-li.98082>; ferner etwa den Hinweis unter <https://www.eu-schwerbehinderung.eu/index.php/33-aktuelles/3950-ipreg-dokument-sorgt-fuer-verwirrung-gemeinsamer-bundesausschuss-nimmt-stellung>.

III. Rechtliche Bewertung

Das Rechtsgutachten arbeitet die Ausgangsfrage in drei Schritten auf: Zunächst werden die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen für das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten und die Kompetenz des G-BA zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs behandelt (1.) In einem zweiten Schritt wird, insbesondere anhand der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der sozialrechtliche Rahmen für die Rechtsnormkonkretisierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfaltet (2.). Auf dieser verfassungs- und einfach-rechtlichen Grundlage wird schließlich geprüft, ob die Regelungsvorschläge im Richtlinienentwurf rechtmäßig sind (3.).

1. Verfassungsrechtliche Rahmung

a) Das Wunsch- und Wahlrecht

aa) Grundlagen

Das in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V normierte Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten normiert einen anerkannten sozialrechtlichen Grundsatz. Er konkretisiert § 33 S. 2 SGB I, wonach den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten entsprochen werden soll, soweit sie angemessen sind. Die Bundesregierung hat dies 1972 in ihrem ersten Gesetzentwurf mit dem Charakter sozialer Rechte begründet:

„Die Konkretisierung der Leitideen unserer Sozialrechtsordnung in der Form sozialer Rechte bringt die Stellung des Bürgers im sozialen Rechtsstaat angemessen zum Ausdruck. Sie soll deutlich machen, daß das Sozialrecht nicht von abstrakten sozialpolitischen Zielen, sondern von den Bedürfnissen des einzelnen bestimmt ist.“⁸

In dieser Begründung wurde die fundamentale Neuausrichtung sozialer Rechte nachgezeichnet, die das Bundesverwaltungsgericht 1954 in seinem berühmten Fürsorge-Urteil vollzogen hatte. Der noch aus dem preußischen Recht stammende

„Grundsatz [...], daß die damals als Armenpflege bezeichnete Fürsorge dem Bedürftigen lediglich aus Gründen der öffentlichen Ordnung, nicht aber um seiner selbst willen zu gewährleisten sei“

widerspreche der auf dem Grundsatz der Menschenwürde aufbauenden Verfassungsordnung. Nach diesem verfassungsrechtlichen „Leitgedanken“ sei das

⁸ BT-Drucks. VI/3764, 17.

„Fürsorgerecht dahin auszulegen, daß die Rechtspflicht zur Fürsorge deren Träger gegenüber dem Bedürftigen obliegt und dieser einen entsprechenden Rechtsanspruch hat.“⁹

Das war seinerzeit eine radikale Kehrtwende im Staat-Bürger-Verhältnis. Es beendete die Perspektive auf den Staatsbürger als Untertanen, der soziale Rechte gnadenhalber von der Obrigkeit erhielt, aber keine eigenen Rechtsansprüche und schon gar keine Mitspracherechte hatte.¹⁰ Das Wunsch- und Wahlrecht ist insoweit ein zentraler Baustein eines freiheitlichen Sozialstaats, das den Einzelnen nicht als Objekt obrigkeitlicher Behandlung ansieht, sondern als autonomes Subjekt, das auch in komplexen gesundheitlichen Krisensituationen in der Lage ist, eigene Entscheidungen zu treffen oder eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, wer seine Angelegenheit besorgt, wenn er dazu selbst nicht mehr in der Lage ist.

Die erstmalige einfach-rechtliche Normierung des Wunsch- und Wahlrechts wurde dementsprechend explizit auch verfassungsrechtlich fundiert:

„Die Achtung vor der Menschenwürde und der Freiheit des einzelnen, der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und das Ziel, so leistungsfähig wie möglich zu arbeiten, gebieten der Sozialverwaltung, im Interesse der berechtigten und verpflichteten Bürger auf die Umstände des Einzelfalls Rücksicht zu nehmen, sofern und soweit das Gesetz einen Handlungsspielraum läßt.“¹¹

Die Fundierung des Wunsch- und Wahlrechts in der Menschenwürde wird namentlich im Pflegeversicherungsrecht aufgegriffen. Gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 SGB XI sollen die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Ausfluss dieser Selbstbestimmtheit ist das in § 2 Abs. 2 S. 1 SGB XI normierte Recht der Pflegebedürftigen, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen zu können. Gleichsinnig normiert § 8 Abs. 1 S. 1 SGB IX für das Rehabilitations- und Teilhaberecht, dass bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen wird.

bb) Das Wunsch- und Wahlrecht im verfassungs- und völkerrechtlichen Kontext

Die im einfachen Recht angelegte verfassungsrechtliche Fundierung des Wunsch- und Wahlrechts von Sozialleistungsberechtigten lässt sich auf die Rechtsprechung des Bundesverfas-

⁹ Beide Zitate aus BVerwGE 1, 159 (160f.).

¹⁰ Hauer, Die „Fürsorge-Entscheidung“ des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwGE 1, 159) aus rechtshistorischer Sicht, 2020, S. 133ff.

¹¹ BT-Drucks. VI/3764, 23.

sungsgerichts zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) zurückführen. Dieses sichert

„jedem Einzelnen einen autonomen Bereich privater Lebensgestaltung, in dem er seine Individualität entwickeln und wahren kann.“¹²

Als Recht auf Selbstbestimmung verbürgt das allgemeine Persönlichkeitsrecht damit auch die Freiheit des Einzelnen, „über den Umgang mit seiner Gesundheit nach eigenem Gutdünken zu entscheiden.“¹³ Zu diesem gesundheitsbezogenen Selbstbestimmungsrecht zählt nicht nur die Entscheidung, ob man sich behandeln und pflegen lassen möchte, sondern auch, wo dies geschieht. Das verfassungsrechtliche Konzept der Autonomie des Einzelnen gilt damit auch und gerade im Bereich der sozialen Rechte.

Insoweit besteht eine besondere Schutzbedürftigkeit von Menschen mit Behinderung, die über das ohnehin schon verfassungsrechtlich verbürgte Diskriminierungsverbot in Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG hinausgeht. Das von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte „Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) betont bereits in seiner Präambel „wie wichtig die individuelle Autonomie und Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderungen ist, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ und setzt an die Spitze der allgemeinen Grundsätze der Konvention „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit“ (Art. 3 lit. a) UN-BRK).

Auch wenn die Normen des universellen Völkervertragsrechts im innerstaatlichen Recht nicht unmittelbar anwendbar sind, beeinflussen sie – jenseits ihrer völkerrechtlichen Verbindlichkeit – die Auslegung des innerstaatlichen Rechts. Das Grundgesetz versteht sich als völkerrechtsfreundliche Rechtsordnung, die grundsätzlich eine völkerrechtskonforme Auslegung und Anwendung ihrer Normen verlangt.¹⁴ Dies gilt auch für die Grundrechte des Grundgesetzes. Dementsprechend hat das Bundesverfassungsgericht angenommen, dass auch die „UN-Behindertenrechtskonvention [...] als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden kann“¹⁵.

¹² BVerfGE 79, 256 (268); 117, 202 (225); 141, 186 (201).

¹³ BVerfGE 142, 313 (339); *Kingreen/Poscher*, Grundrechte. Staatsrecht II, 36. Aufl. 2020, Rn. 442 f.

¹⁴ BVerfGE 58, 1 (34); 59, 63 (89).

¹⁵ BVerfGE 128, 282 (306).

Die Autonomie in allen die Gesundheit betreffenden Angelegenheiten gehört daher zum Kernbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Zu ihr gehört gerade in gesundheitlichen Krisensituationen die Entscheidung über den eigenen Aufenthalt. Denn diese bestimmt über das soziale Umfeld, das den Umgang mit dieser Herausforderung begleitet. Dementsprechend garantiert Art. 19 UN-BRK das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, wozu nach lit. a) auch gehört „ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.“

Wenn daher dem Wunsch eines Versicherten, die außerklinische Intensivpflege nicht in einer stationären Einrichtung, sondern im privaten Umfeld (§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V) zu erhalten, nicht entsprochen wird, so liegt darin nicht nur eine Beeinträchtigung des einfachrechtlich in § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V garantierten Wunsch- und Wahlrechts, sondern zugleich auch ein Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsgrundrecht des Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Ein solcher Eingriff kann selbstverständlich gerechtfertigt werden, insbesondere wenn der gewünschte Leistungsort „schon dem Grunde nach, also auch nach Nachbesserungsmaßnahmen, vollkommen ungeeignet ist, dem Therapieziel gerecht werdende Pflege zu erbringen.“¹⁶ Der Grundrechtseingriff löst aber, worauf im Folgenden näher einzugehen sein wird, mit der Notwendigkeit verfassungsrechtlicher Rechtfertigung zugleich den Parlamentsvorbehalt aus.

b) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Eingriffen in das Wunsch- und Wahlrecht

aa) Der Parlamentsvorbehalt

Für die Rechtfertigung von Eingriffen in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG gelten die Schranken des Art. 2 Abs. 1 GG, insbesondere diejenige der verfassungsmäßigen Ordnung.¹⁷ Der Eingriff bedarf daher einer hinreichend konkreten gesetzlichen Grundlage.

Dieser sog. Parlamentsvorbehalt verlangt, dass

„staatliches Handeln in bestimmten grundlegenden Bereichen durch förmliches Gesetz legitimiert wird“¹⁸

¹⁶ Padé, in: Engelmann/Schlegel (Hrsg.), Juris-PK SGB V, § 37c [2021] Rn. 52.

¹⁷ BVerfGE 106, 28 (48); 117, 202 (227).

¹⁸ BVerfGE 98, 218 (251).

und verpflichtet daher den Gesetzgeber,

„in grundlegenden normativen Bereichen, zumal im Bereich der Grundrechtsausübung, soweit diese staatlicher Regelung zugänglich ist, alle wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen.“¹⁹

Aus der Verpflichtung zur Selbstentscheidung folgt das Verbot der Übertragung wesentlicher Entscheidungen auf die Exekutive: Das Parlament darf die wesentlichen Entscheidungen

„nicht dem Handeln und der Entscheidungsmacht der Exekutive“²⁰

überlassen.

Der Parlamentsvorbehalt stellt damit

„sicher, dass die Grenzen zwischen zulässigem und unzulässigem Grundrechtsgebrauch, zwischen zulässiger und unzulässiger Grundrechtseinschränkung nicht fallweise nach beliebiger Einschätzung von beliebigen Behörden oder Gerichten, sondern primär – in der Form eines allgemeinen Gesetzes – durch den Gesetzgeber gezogen werden.“²¹

Das Bundesverfassungsgericht verknüpft den Parlamentsvorbehalt explizit auch mit der Ermöglichung von Partizipation. Dem Parlamentsgesetz kommt nämlich

„gegenüber dem bloßen Verwaltungshandeln die unmittelbarere demokratische Legitimation zu, und das parlamentarische Verfahren gewährleistet ein höheres Maß an Öffentlichkeit der Auseinandersetzung und Entscheidungssuche und damit auch größere Möglichkeiten eines Ausgleichs widerstreitender Interessen.“²²

Der Parlamentsvorbehalt soll daher ein Verfahren gewährleisten,

„das sich durch Transparenz auszeichnet [...] und [...] den Betroffenen [...] Gelegenheit bietet, ihre Auffassungen auszubilden und zu vertreten.“²³

Der Parlamentsvorbehalt ist allerdings kein parlamentsbezogener Totalvorbehalt.²⁴ In dynamischen, dem technischen Wandel unterworfenen Bereichen kann und muss er die Detailsteuerung der Exekutive überlassen, die die gesetzgeberischen Vorgaben durch Rechtsverordnungen, Verwaltungsvorschriften etc. konkretisiert. Auch bei fachmedizinischen Fragestellungen der Qualitätssicherung und Methodenbewertung sind flexible untergesetzliche Regelungsstrukturen unerlässlich.

¹⁹ BVerfGE 61, 260 (275); 88, 103 (116).

²⁰ BVerfGE 83, 130 (142); 116, 24 (58).

²¹ BVerfGE 133, 112 (132).

²² BVerfGE 40, 237 (249).

²³ BVerfGE 95, 267 (307f.); vgl. bereits BVerfGE 85, 386 (403).

²⁴ BVerfGE 68, 1 (109).

bb) Verfassungsrechtliche Legitimation der untergesetzlichen Konkretisierung durch Richtlinien des G-BA

Die Besonderheit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht darin, dass die untergesetzliche Rechtsnormkonkretisierung nicht durch Behörden der unmittelbaren Staatsverwaltung insbesondere in Gestalt von Rechtsverordnungen erfolgt, sondern durch Richtlinien des G-BA, dem Zentralorgan der Gemeinsamen Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Vertragsärzten und Krankenhäusern (§§ 91-92 SGB V). Diese untergesetzliche Konkretisierung des Leistungs- und des Leistungserbringungsrechts ist umstritten, seitdem das Bundessozialgericht im sog. Methadon-Urteil vom 20.03.1996²⁵ die bisherige Einordnung der Richtlinien als Verwaltungsbinnenrecht zugunsten ihrer außerrechtlichen Verbindlichkeit aufgegeben hat.²⁶ Dabei geht es vor allem um die Frage, ob der G-BA für die allgemeinverbindliche Rechtsetzung i. S. v. Art. 20 Abs. 2 GG hinreichend personell demokratisch legitimiert ist, insbesondere soweit es um Normadressaten geht, die nicht mit Entscheidungsbefugnissen im G-BA vertreten sind.²⁷ Dazu gehören neben den nichtärztlichen Leistungserbringern namentlich auch die Versicherten. Als sog. Außenseitern droht ihnen die Gefahr einer Fremdbestimmung, die in einem gewissen Spannungsverhältnis zu dem grundlegenden Anliegen steht, die Selbstbestimmung der Versicherten auch im Gesundheitswesen zu stärken.

Die Diskussion über die verfassungsrechtliche Legitimation des G-BA und seiner Richtlinien wird zwar seit vielen Jahren geführt.²⁸ Sie muss aber an dieser Stelle nicht in den Einzelheiten behandelt werden, zumal sie sich – worauf nachfolgend noch näher einzugehen sein wird – nicht gegen die Institution des G-BA und seine anerkannten und unverzichtbaren Funktionen für die Qualitätssicherung richten. Es ist damit dem Grunde nach auch verfassungsrechtlich nicht umstritten, dass der G-BA den Leistungsanspruch des Versicherten nach § 37c SGB V konkretisieren darf.

Dennoch steuert das dem Grundgesetz zugrunde liegende Modell demokratischer Legitimation die Frage, welche Befugnisse der G-BA bei der Konkretisierung sozialrechtlicher Leistungsansprüche wie § 37c SGB V hat.

²⁵ BSGE 78, 70; dazu noch unten 2.

²⁶ Dazu näher unten 2.

²⁷ Vgl. zum Meinungsstand *Schmidt-De Caluwe*, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl. 2020, § 92 Rn. 7ff.

²⁸ Vgl. schon *Kingreen*, NJW 2006, 877ff.

Gemäß Art. 20 Abs. 2 S. 1 GG geht alle Staatsgewalt vom Volke aus. Das Volk ist damit alleiniger Inhaber der Staatsgewalt:

„Alles amtliche Handeln mit Entscheidungscharakter bedarf nach dem Demokratieprinzip (Art. 20 Abs. 2 GG) der demokratischen Legitimation. Es muss sich auf den Willen des Volkes zurückführen lassen und ihm gegenüber verantwortet werden.“²⁹

Das Volk übt diese Staatsgewalt nach Art. 20 Abs. 2 S. 2 Hs. 1 GG unmittelbar durch Wahlen und Abstimmungen aus und nach Art. 20 Abs. 2 S. 2 Hs. 2 GG mittelbar durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung. Die Innehabung der Staatsgewalt und deren Ausübung fallen damit regelmäßig auseinander, da das Volk die Staatsgewalt nur punktuell durch Wahlen und Abstimmungen selbst ausüben kann. Aus diesem Grunde bedarf es eines Legitimation stiftenden „Zurechnungszusammenhangs“³⁰ zwischen dem Volk und diesen besonderen Organen. Dieser wird vorrangig durch das Parlament und die Parlamentsgesetze realisiert, denn das Volk wählt lediglich die besonderen Organe der Gesetzgebung (und nicht auch diejenigen der beiden anderen Gewalten). Daher bilden die sachlich-inhaltliche Legitimation durch das Parlamentsgesetz und die unmittelbar auf den Volkswillen zurückzuführende personell-organisatorische Legitimation der gewählten Abgeordneten das Gerüst des verfassungsrechtlichen Modells demokratischer Legitimation:

„Ein Amtsträger ist personell uneingeschränkt legitimiert, wenn er sein Amt im Wege einer Wahl durch das Volk oder das Parlament oder durch einen seinerseits personell legitimierten Amtsträger oder mit dessen Zustimmung erhalten hat. Sachlich-inhaltliche Legitimation wird durch die Bindung an das Gesetz sowie durch Aufsicht und Weisung übergeordneter staatlicher Stellen vermittelt.“³¹

Die personell-organisatorische Legitimation wird auch im Bereich der Exekutive durch eine ununterbrochene Legitimationskette vom Volk zu dem mit staatlichen Aufgaben betrauten Organen und Amtswaltern erzeugt.³² Jeder Amtswalter muss daher sein Amt durch einen seinerseits personell legitimierten Amtsträger oder mit dessen Zustimmung erhalten haben (personelle Komponente); zugleich muss der Aufgabenbereich festgelegt werden, innerhalb dessen sein Handeln legitimiert ist (organisatorische Komponente).³³

²⁹ BVerfGE 130, 76 (123).

³⁰ BVerfGE 130, 76 (123); 135, 155 (221); 136, 194 (261).

³¹ BVerfGE 135, 155 (223); vgl. bereits 83, 60 (72); 130, 76 (123).

³² BVerfGE 83, 60 (73).

³³ Grundlegend: *Böckenförde*, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), *Handbuch des Staatsrechts* Bd. II, 3. Aufl. 2004, § 24 Rn. 16ff.

Das Bundesverfassungsgericht greift dieses Zusammenwirken sachlich-inhaltlicher und personell-organisatorischer Elemente auch in seiner Entscheidung zur Frage der demokratischen Legitimation des G-BA auf. Es hält die daran geäußerten Zweifel zwar für „durchaus gewichtig“, betont aber zugleich, dass nicht die Verfassungsmäßigkeit der Institution als solche, sondern allenfalls einzelne seiner Richtlinien in Frage stehe. Um die Verfassungsmäßigkeit einer Richtlinie im Einzelfall beurteilen zu können bedürfe es konkreter Ausführungen

„zur Ausgestaltung der in Rede stehenden Befugnis, zum Gehalt der Richtlinie und zur Reichweite der Regelung auf an ihrer Entstehung Beteiligten oder auch unbeteiligte Dritte. Denn es ist nicht ausgeschlossen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für eine Richtlinie hinreichende Legitimation besitzt, wenn sie zum Beispiel nur an der Regelsetzung Beteiligte mit geringer Intensität trifft, während sie für eine andere seiner Normen fehlen kann, wenn sie zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht mitwirken konnten. *Maßgeblich ist hierfür insbesondere, inwieweit der Ausschuss für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist.*“³⁴

Dieser letzte, hier besonders hervorgehobene Satz ist für den vorliegenden Zusammenhang von erheblicher Bedeutung. Er erklärt sich aus der Logik des bundesverfassungsgerichtlichen Modells demokratischer Legitimation, in dem personelle und sachliche Elemente einander ergänzen und Defizite auch wechselseitig kompensieren können. Es besteht m.a.W. eine Wechselwirkung zwischen personeller und sachlicher Legitimation, die einander wie kommunizierende Röhren ergänzen. Entscheidend ist stets, dass ein verfassungsrechtlich hinreichendes Legitimationsniveau erreicht wird:

„Personelle und sachlich-inhaltliche Legitimation stehen in einem wechselbezüglichen Verhältnis derart, dass eine verminderte Legitimation über den einen Strang durch verstärkte Legitimation über den anderen ausgeglichen werden kann, sofern insgesamt ein bestimmtes Legitimationsniveau erreicht wird.“³⁵

Die personelle Legitimation des G-BA ist im Verhältnis zu nichtärztlichen Leistungserbringern und Versicherten fragwürdig, aber jedenfalls vermindert. Aus eben diesem Grunde muss sie durch eine verstärkte sachliche Legitimation durch das Gesetz und die Gesetzesbindung kompensiert werden. Der Parlamentsvorbehalt spielt daher eine herausgehobene Rolle, weil er die sachliche Legitimation der Richtlinien durch das Parlamentsgesetz sichert.

Die Verfassungsmäßigkeit eines in der Versagung des Wunsch- und Wahlrechts liegenden Eingriffs in das allgemeine Persönlichkeitsrecht hängt daher maßgeblich davon ab, dass die

³⁴ BVerfG, NJW 2016, 1505 (1507); Hervorhebung nur hier.

³⁵ BVerfGE 130, 76 (124).

gesetzlichen Vorgaben für den G-BA hinreichend konkret sind und dass diese Vorgaben auch akribisch beachtet werden. Gerade wegen der schwächer ausgeprägten personellen demokratischen Legitimation des G-BA ist also die sachliche Legitimation durch das Parlamentsgesetz im durch Richtlinien konkretisierten Krankenversicherungsrecht von einer wesentlich größeren Bedeutung als beim Vollzug der Gesetze durch Staatsbehörden, deren personelle Legitimation anders als beim G-BA auf das Gesamtvolk zurückgeführt werden kann.³⁶

Das leitet über zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Funktionen und Grenzen der Rechtsnormkonkretisierung durch den G-BA.

2. Grund und Grenzen der Rechtsnormkonkretisierung durch den G-BA

a) Das sog. Rechtskonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts

Die im 3. Abschnitt des Sozialgesetzbuchs V aufgeführten Anspruchsgrundlagen (§§ 20ff. SGB V, insbesondere die bei Krankheit einschlägigen §§ 27ff. SGB V, begründen nach Meinung des Bundessozialgerichts keine Leistungsrechte im Vollsinn, sondern sind ausfüllungsbedürftige Rahmenrechte.³⁷ Das Gesetz beschränkt sich insoweit weitgehend auf die allgemeinen Vorgaben, dass die Leistungen dem „Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) entsprechen und „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V) sein müssen.

Die Richtlinien des G-BA sind in diesem auf das Bundessozialgericht zurückgehenden sog. Rechtskonkretisierungskonzept³⁸ die wichtigste Rechtsquelle. Sie verdichten das gesetzliche Rahmenrecht zum durchsetzbaren Einzelanspruch³⁹ und vermitteln zugleich den „unmittelbar sachlogischen Zusammenhang“⁴⁰ zwischen Leistungs- und Leistungserbringungsrecht: Denn der Umfang der zu gewährenden Krankenversorgung kann im Verhältnis der Versicherten zu den Krankenkassen kein anderer sein als im Verhältnis der Leistungserbringer zu den Krankenkassen. Die Richtlinien haben also die Funktion, die Verpflichtung der Leistungserbringer zu einer medizinisch ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlungs- und Ordnungsweise mit den Ansprüchen der Versicherten zu koordinieren. Sie sind aus diesem Grunde nach § 91 Abs. 6 SGB V für alle Beteiligten (Versicherte, Krankenkassen, Leistungser-

³⁶ Zur demokratischen Legitimation der unmittelbaren Staatsverwaltung BVerfGE 83, 60 (73); *Böckenförde*, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. II, 3. Aufl. 2004, § 24 Rn. 16ff.

³⁷ BSGE 73, 271 (279ff.); 78, 70 (75ff.); 81, 54 (59ff.); 81, 73 (76ff.).

³⁸ S. zur Genealogie der BSG-Rechtsprechung *Kingreen*, ZMGR 2010, 216 (217ff.).

³⁹ BSGE 81, 54 (61).

⁴⁰ BSGE 78, 70 (77).

bringer) verbindliches außenwirksames Recht. Leistungen, die in den Richtlinien nicht anerkannt sind, darf der Leistungserbringer daher nicht erbringen und der Versicherte grundsätzlich nicht beanspruchen.⁴¹

b) Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung

Die Richtlinien des G-BA sind sowohl der Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit (§ 94 SGB V) als auch sozialgerichtlicher Kontrolle unterworfen. Bestandteil der aufsichts- und sozialgerichtlichen Kontrolle ist insbesondere auch die Prüfung, ob der G-BA die Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung eingehalten hat. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist das ein zentrales Element des Kontrollprogramms, weil durch die parlamentsgesetzliche Steuerung die abgeschwächte personelle Legitimation des G-BA im Verhältnis zu Außenseitern kompensiert wird bzw. werden soll. Aus dem reichhaltigen Fallrecht kann man unterscheiden zwischen Fällen, in denen der G-BA über die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen disponiert hat und solchen, in denen er prozedurale Zusatzhürden für die Leistungsanspruchnahme errichtet hat:

aa) Unzulässige Disposition über Anspruchsvoraussetzungen

Beispielsweise hat das Bundessozialgericht Bestimmungen in den Arzneimittel-Richtlinien für rechtlich unerheblich erklärt, die „Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion“ sowie „Mittel, die der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz dienen“, von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausschließen wollten. Das Bundessozialgericht sah darin eine Überschreitung der gesetzlichen Ermächtigung, weil allein dem Gesetzgeber die Entscheidung darüber obliege,

„ob er die Behandlung von Gesundheitsstörungen, die nach der herkömmlichen Begriffsbestimmung als ‚Krankheit‘ im Sinne des § 27 Abs 1 SGB V zu verstehen sind, auf Kosten der solidarisch haftenden Versichertengemeinschaft deshalb untersagen will, weil die Wirtschaftlichkeit der Verordnung nicht überprüfbar ist.“⁴²

Die Regelung war also rechtswidrig, weil der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit dem Ausschluss des Arzneimittels zugleich über die Anspruchsvoraussetzung des Vorliegens einer Krankheit disponiert hatte.

⁴¹ Dazu und zu den Ausnahmen *Becker/Kingreen*, in: *Becker/Kingreen* (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl. 2020, § 11 Rn. 21.

⁴² BSG, Urt. v. 30.09.1999, B 8 KN 9/98 KR R, Rn. 62 (juris).

Kurze Zeit später hat das Bundessozialgericht etwa auch den Ausschluss einer bestimmten Methode der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V) durch die Richtlinien für unerheblich erklärt, weil sich der Regelungsauftrag des (seinerzeitigen) Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen auf eine Konkretisierung der gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen beschränke.⁴³

In mehreren Entscheidungen hat das Bundessozialgericht zudem die Regelungsbefugnisse des G-BA im Bereich der häuslichen Krankenpflege hervorgehoben. Gegenstand einer 2005 ergangenen Entscheidung war der Fall einer schwerstpflegebedürftigen Klägerin, der vom Hausarzt häusliche Krankenpflege in Form von täglichen Bewegungsübungen verordnet worden war. Die beklagte Krankenkasse lehnte die Übernahme der Leistung u. a. mit der Begründung ab, dass die Bewegungsübungen in den sog. HKP-Richtlinien nicht als Bestandteil der Behandlungspflege aufgeführt seien. Das Bundessozialgericht hat dem widersprochen. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V räume dem Bundesausschuss keine Ermächtigung ein, den Leistungsumfang der häuslichen Krankenpflege abschließend festzulegen. Daher könnten die HKP-Richtlinien keine Exklusivität beanspruchen. Der gesetzgeberische Auftrag an den Bundesausschuss beschränke sich gemäß dem Wesen von Richtlinien auf die Konkretisierung und Interpretation des Wirtschaftlichkeitsgebotes für die Regelfälle der häuslichen Krankenpflege:

„Für eine Ausgrenzung notwendiger Leistungen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen, ihre Zuweisung zum Aufgabenbereich der Pflegekassen oder in die Eigenverantwortung der Versicherten (dh Selbstbeteiligung [...]) – wie es die Beklagte sieht – hat der Bundesausschuss keine Ermächtigung.“⁴⁴

In einem ähnlichen Fall zur häuslichen Krankenpflege hat das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung zur Maßstäblichkeit der gesetzlichen Ermächtigung in den beiden aufgeführten Fällen wie folgt zusammengefasst:

„Ein Ausschluss der im Einzelfall gebotenen Krankenbeobachtung aus dem Katalog der verordnungsfähigen Leistungen verstößt [...] gegen höherrangiges Recht. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt ist, den Begriff der Krankheit in § 27 Abs 1 SGB V hinsichtlich seines Inhalts und seiner Grenzen zu bestimmen (BSGE 85, 36 [...]), ist er befugt, medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszunehmen, wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 17. März 2005 - B 3 KR 35/04 R [...]). Die HKP-Richtlinien binden die Gerichte insoweit nicht.“⁴⁵

⁴³ BSG, Urt. v. 03.04.2001, B 1 KR 40/00 R, Rn. 10 (juris).

⁴⁴ BSG, Urt. v. 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R, Rn. 23 (juris).

⁴⁵ BSG, Urt. v. 10.11.2005, B 3 KR 38/04 R, Rn. 19 (juris).

bb) Unzulässige prozedurale Zusatzhürden für die Inanspruchnahme von Leistungen

Im hiesigen Kontext besonders interessant sind Fälle, in denen der G-BA versucht hat, über das Gesetz hinausgehende prozedurale Hürden für die Inanspruchnahme von Leistungen zu regeln.

(1) Gesetzlich nicht vorgesehener Genehmigungsvorbehalt

Das Bundessozialgericht hatte sich beispielsweise in einer 2012 ergangenen Entscheidung mit einer Norm der Krankentransport-Richtlinie zu befassen, die vorsah, dass die Krankenkassen Krankentransporte i.S.v. § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V („Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist“) zu genehmigen hatten.

§ 60 SGB V enthielt zwar für einzelne Beförderungsfälle einen Genehmigungsvorbehalt, aber nicht für diesen. Das Bundessozialgericht hat daher die entsprechende Norm der Krankentransport-Richtlinie wegen Verstoßes gegen die gesetzliche Ermächtigungsnorm für rechtswidrig erklärt:

„Der GBA und die Beklagte sind also zu Unrecht der Auffassung, dass die Genehmigungspflicht gemäß § 60 Abs 1 S 3 SGB V auch für KTW-Transporte nach § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V gilt. Die diese Rechtsauffassung umsetzende Regelung in § 6 Abs. 3 S. 1 Krankentransport-RL ist mangels Ermächtigungsnorm rechtswidrig (so auch Hasfeld in juris-PK, SGB V, § 60 RdNr 64; Kingreen in Becker/Kingreen, SGB V, 2. Aufl 2010, § 60 RdNr 19; Höfler in Kasseler Kommentar, SGB V, § 60 RdNr 19; Krauskopf/Baier, SGB V, § 60 RdNr 19; Hauck/Gerlach, SGB V, § 60 RdNr 24a; aA Kruse in Hänlein/Kruse/Schuler, LKP-SGB V, 4. Aufl 2012, § 60 RdNr 3).“⁴⁶

Das ist eine unmissverständliche Aussage: Ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsnorm kann untergesetzlich kein Genehmigungserfordernis geregelt werden. Der Gesetzgeber hat im Anschluss daran eine ausdrückliche Genehmigungspflicht auch für Krankentransporte ins Gesetz aufgenommen (§ 60 Abs. 1 S. 4 SGB V).

(2) Gesetzlich nicht vorgesehener Verordnungsvorbehalt

In einem weiteren Fall ging es um die Frage, ob der G-BA eigenständig ein zusätzliches Erfordernis einer ärztlichen Verordnung im Bereich der Versorgung mit Sehhilfen einführen durfte. Gemäß § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet ha-

⁴⁶ BSG, Urt. v. 12.09.2012, B 3 KR 17/11 R, Rn. 28 (juris).

ben, Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen. Der G-BA meinte aus der Wendung „verordneter Fernkorrekturausgleich“ schließen zu können, dass dieser Leistungsanspruch generell eine ärztliche Verordnung voraussetzt, also auch bei Folgeverordnungen, obwohl nach § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V eine Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.⁴⁷

Das Bundesministerium für Gesundheit hat diese Regelung zu Recht beanstandet, weil sie nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt war.⁴⁸

3. Prüfung der Rechtmäßigkeit des Richtlinien-Entwurfs

Als Ausgangspunkt für die Prüfung der Rechtmäßigkeit von Einzelbestimmungen des Entwurfs einer Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (RL-E) kann damit festgehalten werden: Entscheidungen der Krankenkassen, die das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten hinsichtlich des Orts der Leistungsanspruchnahme nicht berücksichtigen, sind Eingriffe in das allgemeine Persönlichkeitsgrundrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) und bedürfen daher einer hinreichenden gesetzlichen Ermächtigung, die maßgebend ist auch für die Rechtskonkretisierung durch den G-BA. Die Kontrolle, ob der G-BA die Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung eingehalten hat, muss besonders strikt durchgeführt werden, weil die sachliche Legitimation erzeugende Gesetzesbindung die abgeschwächte personelle Legitimation des G-BA im Verhältnis zu den dort nicht vertretenen Versicherten kompensieren muss.

a) Der Referentenentwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG)

Die Regelungsinhalte des Richtlinienentwurfs stehen im Kontext eines ersten Referentenentwurfs eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG) aus dem August 2019.⁴⁹ Dieser sah bereits die Schaffung eines neuen § 37c SGB V vor (= § 37c SGB V-E), der in seinen hier

⁴⁷ Dazu kritisch *Kingreen*, *GewA* 2017, 257ff. sowie *Lungstras*, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), *SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung*, 7. Aufl. 2020, § 33 Rn. 62.

⁴⁸ Vgl. dazu zunächst das Schreiben des BMG an den G-BA v. 23. 8. 2017 (www.g-ba.de/downloads/40-268-4535/2017-07-20_HilfsM-RL_Sehhilfen-Erwachsene_BMG.pdf), sodann die Antwort des G-BA an das BMG v. 30. 11. 2017 (www.g-ba.de/downloads/40-268-4709/2017-07-20_HilfsM-RL_Sehhilfen-Erwachsene_G-BA.pdf) und schließlich die formale Beanstandung durch das BMG v. 4. 1. 2018 (www.g-ba.de/downloads/40-268-4738/2017-07-20_HilfsM-RL_Sehhilfen-Erwachsene_BMG2.pdf).

⁴⁹ S. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/risg.html> (im Folgenden: Referentenentwurf).

allein relevanten Absätzen 1 und 2 hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechts deutlich andere Gewichtungen vornahm als dies die nunmehr beschlossene Gesetzesfassung vorsieht:

37c Außerklinische Intensivpflege

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt. Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. Juni 2020 den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials.

(2) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1. Wenn die Pflege in einer Einrichtung nach Satz 1 nicht möglich oder nicht zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen; bei Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Pflege außerhalb des eigenen Haushalts oder der Familie in der Regel nicht zumutbar. Bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gilt die Unterbringung in einer Einrichtung nach Satz 3 auch für solche Versicherte als nicht zumutbar, die am ... [einfügen: Tag des Inkrafttretens] Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in ihrem Haushalt, in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort bereits in Anspruch genommen haben.

Die Vorschlag sah also noch kein einfach-rechtliches Wunsch- und Wahlrecht vor. Zudem enthielt er anders als der später Gesetz gewordene § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V eine Hierarchie der Orte, an denen der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege zu erfüllen war. Nach § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V-E sollte der Anspruch grundsätzlich außerhalb des privaten Umfeld in stationären Einrichtungen erfüllt werden, im Haushalt oder in der Familie eines erwachsenen Versicherten aber nur, wenn eine stationäre Unterbringung nicht möglich oder nicht zumutbar war. Damit blieb er hinter der bisherigen Regelung in § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V zurück, der keine Abstufung zwischen stationären und privat-familiären Orten enthielt.

Die Begründung des Referentenentwurfs für § 37c Abs. 2 SGB V-E paraphrasiert im Wesentlichen nur den Regelungsvorschlag. Auch im Übrigen findet man außer allgemeinen Hinweisen zur „Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege“⁵⁰ im Kontext der Beatmungsentwöhnung keinen Hinweis darauf, warum die Leistungen nicht ebenso gut von qualifizierten Fachkräften im häuslich-familiären Umfeld erbracht werden können sollen. Im Gegenteil wird sogar konzediert, dass die „abrupte Verlegung in ein neues Umfeld eine besondere Härte“⁵¹ darstelle.

Der Regelungsvorschlag in § 37c Abs. 2 SGB V-E ist zwar namentlich vom GKV-Spitzenverband und vom AOK-Bundesverband begrüßt worden; auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ihn nicht grundsätzlich kritisiert, wenn sie auch vor „Zwangshospitalisierungen“ warnt. Er ist aber von Patientenverbänden und Fachgesellschaften aber wegen der unangemessenen Zurückstellung von Patientenwünschen verbreitet abgelehnt worden ist.⁵² Dieses Meinungsspektrum ist deshalb bemerkenswert, weil die den G-BA maßgeblich tragenden Organisationen (§ 91 SGB V) den Vorrang der stationären Intensivpflege grundsätzlich begrüßt haben, während er von denjenigen Organisationen abgelehnt wurde, die keine Gestaltungs- und Stimmrechte im G-BA haben. Hier zeigt sich exemplarisch die Problematik defizitärer personeller Legitimation des G-BA, die sich für die dort nicht vertretenen Gruppen als Fremdverwaltung ihrer eigenen Angelegenheiten darstellt.

Aufgrund der erheblichen Kritik aus den Patientenverbänden und Fachgesellschaften ist der Referentenentwurf in den hier maßgeblichen Inhalten erheblich entschärft worden. Es ist keine Hierarchie der Leistungsorte mehr vorgesehen (§ 37c Abs. 2 S. 1 SGB V) und das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist in §37c Abs. 2 S. 2 SGB V explizit normiert worden. Im parlamentarischen Gesetzgebungsprozess wurde also die Kritik derjenigen Verbände aufgegriffen, die im G-BA nicht vertreten sind. Hingegen konnten sich die im G-BA vertretenen Organisationen gerade nicht mit dem Anliegen der Nachrangigkeit der häuslich-familiären Intensivpflege durchsetzen. Da nun aber ausgerechnet und nur ihnen im G-BA die Kompetenz zugewiesen ist, den Leistungsanspruch untergesetzlich zu konkretisieren, lässt es sich jeden-

⁵⁰ Referentenentwurf, S. 22.

⁵¹ Referentenentwurf, S. 22.

⁵² Vgl. einerseits die Stellungnahmen des AOK-Bundesverbands, S. 9, des GKV-Spitzenverbands, S. 12fff. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, S. 6; andererseits nur beispielhaft die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft Patientenschutz, S. 4ff., Nachweise aller Stellungnahmen finden sich unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refer/risg.html>; vgl. zur Kritik auch *Arndt*, GesR 2020, 564 (564).

falls nicht ausschließen, dass der parlamentsgesetzliche Anspruch der ebenfalls nicht im G-BA mit Stimmrechten vertretenen Versicherten durch untergesetzliche Regelungen unterhöhlt und damit entwertet wird. Dieses Potenzial zeigt der Richtlinienentwurf, wie nachfolgend näher zu zeigen sein wird, sehr deutlich. Er geht nämlich ausgerechnet bei der Bestimmung des Kreises der verordnenden Vertragsärzte und den Entscheidungskompetenzen der Krankenkassen über das hinaus, was das Gesetz erlaubt.

b) Qualifikation der außerklinische Intensivpflege verordnenden Ärztinnen und Ärzte, § 4

Abs. 1 RL-E

Gemäß § 4 Abs. 1 RL-E darf außerklinische Intensivpflege für beatmungspflichtige und tracheotomierte Versicherte nur von besonders qualifizierten Ärztinnen und Ärzten verordnet werden. Besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte sind Fachärztinnen und Fachärzte

- für Innere Medizin und Pneumologie
- für Anästhesiologie/Anästhesie
- für Neurologie
- mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Neurologie,

soweit diese über theoretische und praktische Kenntnisse im Umgang mit Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), Tracheostoma, Trachealkanülenmanagement, Sekretmanagement, speziellen Hilfsmitteln, Notfallsituationen und Dysphagie verfügen.

Die Beschränkung des Kreises der ordnungsbefugten Vertragsärzte auf den in § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E genannten Kreis von Fachärzte bedeutet eine administrative Hürde beim Zugang zur außerklinischen Intensivpflege, die durch eine gesetzliche Bestimmung gedeckt sein muss. Gesetzlich nicht vorgesehene Verordnungsvorbehalte sind ebenso rechtswidrig⁵³ wie Verordnungsvorbehalte, die über das Gesetz hinausgehende Anforderungen an die Verordnung nichtärztlicher Leistungen aufstellen.

Als Rechtsgrundlage für § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E kommt § 37c Abs. 1 S. 8 Nr. 4 SGB V in Betracht, wonach der G-BA „das Nähere“ zu den Anforderungen an „die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen“ regeln darf. Er knüpft damit an § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V an, wonach die außerklinische Intensivpflege der Ver-

⁵³ Vgl. oben 2. b) bb) (2).

ordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt bedarf, „der oder die für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist“. Ein solcher Verordnungsvorbehalt ist für nichtärztliche Leistungen die Regel; die Verordnung verdichtet den gesetzlichen Leistungsanspruch auf eine konkrete Leistung.

Typologisch ist die Verordnung nach § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und folgt damit auch den allgemeinen vertragsarztrechtlichen Bestimmungen. Das ist deshalb wichtig, weil sich die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1 S. 1 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung gliedert. Vertragsärzte sind dementsprechend sowohl die in § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V aufgezählten Hausärzte als auch die sonstigen Fachärzte im Sinne von § 73 Abs. 1a S. 2 SGB V. Die Differenzierung zwischen Haus- und Fachärzten wird auch in den Regeln über die Willensbildung in den Kassenärztlichen Vereinigungen abgebildet: Gemäß § 79 Abs. 3a S. 1 SGB V stimmen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, und über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. Dementsprechend gibt es nach § 79c S. 1 SGB V bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils einen beratenden Fachausschuss für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.

Wenn daher § 37c Abs. 1 S. 4 und S. 8 Nr. 4 SGB V die Verordnung durch qualifizierte Vertragsärzte fordert, so sind das schon aufgrund des Wortlauts der Norm grundsätzlich sowohl Haus- als auch Fachärzte. Diese Interpretation lässt sich auch durch systematische Auslegung erhärten. Im Sozialgesetzbuch V finden sich nämlich unzählige Bestimmungen des Leistungs- und des Leistungserbringungsrechts, die sich explizit nur auf Fachärzte beziehen (nur beispielhaft: §§ 11 Abs. 4, 27b Abs. 2 S. 2 Nr. 1, 75 Abs. 1a S. 4, 75a Abs. 4 S. 2 Nr. , 87 Abs. 2a S. 1 SGB V). § 73b SGB V enthält zudem mit hausarztzentrierten Versorgung nur Bestimmungen über Haus- und nicht auch über Fachärzte. Aus alledem kann man im Umkehrschluss folgern, dass alle Bestimmungen, die sich nicht nur entweder auf Fach- oder nur auf Hausärzte beziehen, sondern allgemein Vertragsärzte adressieren, stets auf Fach- wie auf Hausärzte anwendbar sind.

Nach § 4 Abs. 1 S. 2 RL-E sollen hingegen nur bestimmte Fachärzte die Verordnung ausstellen können. Diese Beschränkung auf Fachärzte ist rechtswidrig, denn die Ermächtigungsgrundlage

beschränkt den Kreis der verordnungsberechtigten Vertragsärzte gerade nicht auf Fachärzte. Vertragsärzte i.S.v. § 37c Abs. 1 S. 4 und S. 8 Nr. 4 SGB V sind daher grundsätzlich auch Hausärzte, wenn sie hinreichend qualifiziert sind. Dem G-BA obliegt es insoweit nur, die Anforderungen an die hinreichende Qualifikation sowohl der Fach- als auch der Hausärzte näher zu konkretisieren; er darf aber nicht an den Status des Arztes anknüpfen, weil das die gesetzliche Vorgabe aushöhlen würde, dass es auch qualifizierte Hausärzte geben kann, die außerklinische Intensivpflege verordnen können.

§ 4 Abs. 1 S. 2 RL-E wäre daher, sollte er so beschlossen werden, rechtswidrig.

c) Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege durch die Krankenkassen, § 8 Abs. 1 und 2 RL-E

Gemäß § 8 Abs. 1 RL-E bedürfen die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst nach § 8 Abs. 2 RL-E im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. Werden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt über die Gründe zu informieren.

aa) Beantragung und Genehmigung von veranlassten Leistungen

Die rechtsdogmatische Einordnung des Genehmigungserfordernisses setzt zunächst eine allgemeine sozialverfahrensrechtliche Vorklärung voraus.

Gemäß § 19 S. 1 SGB IV werden Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, nach dem Recht der Arbeitsförderung sowie in der sozialen Pflegeversicherung auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt. Ein gestellter Antrag verpflichtet den Leistungsträger (also die Krankenkasse) aber nur, ein Verwaltungsverfahren einzuleiten, also die Voraussetzungen für die beantragte Leistung zu prüfen und auf dieser Grundlage einen Verwaltungsakt zu erlassen. Der Antrag ist aber nicht im materiell-rechtlichen Sinne anspruchsbegründend, wenn das nicht, wie etwa im Rentenversicherungsrecht in § 99 SGB VI, explizit normiert ist.⁵⁴ Der materielle krankenversicherungsrechtliche Leistungsanspruch besteht also unabhängig von einem An-

⁵⁴ S. etwa *Stäbler*, in Krauskopf (Begr.), Soziale Krankenversicherung. Pflegeversicherung, § 19 SGB IV [2019] Rn. 6f.

trag des Versicherten. Dementsprechend können auch die meisten veranlassten Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden, ohne dass ein Antrag des Versicherten gestellt werden muss.

Erforderlich ist ein Antrag stets dort, wo die Inanspruchnahme der Leistung eine Genehmigung der Krankenkasse voraussetzt. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können aber, wie die vorstehend zitierte Entscheidung des Bundessozialgerichts zu § 60 Abs. 1 S. 4 SGB V zeigt,⁵⁵ grundsätzlich genehmigungsfrei in Anspruch genommen werden. Es bedarf daher einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung, wenn eine Leistung erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden darf. Das geschieht eher selten, so etwa bei den in den §§ 27a Abs. 3 S. 2, 31 Abs. 6 S. 2, 60 Abs. 1 S. 4 SGB V genannten Leistungen. Ferner gibt es, wie in § 33a Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V, Leistungen, die entweder aufgrund einer ärztlichen Verordnung oder einer Genehmigung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden dürfen. Bisweilen wird auch der G-BA gesetzlich ermächtigt, darüber zu entscheiden, ob es einer Genehmigung bedarf, so etwa im Falle des § 32 Abs. 1a S. 2 SGB V. Die Genehmigung stellt einen Verwaltungsakt im Sinne von § 31 S. 1 SGB X dar.

bb) Gesetzliches oder gesetzlich ermöglichtes Genehmigungserfordernis bei der außerklinischen Intensivpflege?

Die Regelung über die Notwendigkeit einer Genehmigung in § 8 Abs. 1 RL-E wäre daher nur rechtmäßig, wenn entweder § 37c SGB V selbst ein Genehmigungserfordernis enthalten würde oder er den G-BA dazu ermächtigt, ein solches vorzusehen. Das ist aber nicht der Fall:

(1) Zielvereinbarung bzw. Feststellung durch die Krankenkasse, § 37c Abs. 2 S. 3-8 SGB V

Die gesetzlichen Zuständigkeiten der Krankenkasse im Vorfeld der Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege ergeben sich aus § 37c Abs. 2 S. 3-8 SGB V.

Gemäß § 37c Abs. 2 S. 4 SGB V schließt die Krankenkasse eine Zielvereinbarung mit dem Versicherten über Nachbesserungsmaßnahmen am Ort der Leistung im Sinne von § 37c Abs. 2 S. 3 SGB V ab. § 37c Abs. 2 S. 4 SGB V setzt allerdings voraus, dass eine Nachbesserung überhaupt erforderlich ist. § 8 Abs. 1 RL-E sieht hingegen regelhaft eine Genehmigung der Krankenkassen vor und wäre daher von dieser Vorschrift nicht gedeckt.

⁵⁵ S. oben 2. b) bb) (1).

Allerdings trifft die Krankenkasse nach § 37c Abs. 1 S. 6 SGB V auch die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 sowie Abs. 2 S. 1-3 SGB V erfüllt sind; diese Entscheidung trifft sie nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen (§ 37c Abs. 2 S. 7 SGB V). Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 sowie Abs. 2 S. 1-3 SGB V nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung im Sinne von § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V zu einem früheren Zeitpunkt durchführen (§ 37c Abs. 2 S. 8 SGB V). S. 9 der Vorschrift regelt schließlich die Rechtsfolgen für den Fall, dass der Wohnungsinhaber dem Medizinischen Dienst den Zugang zur Wohnung verwehrt.

Die rechtsdogmatische Einordnung der Feststellungsbefugnis der Krankenkasse ist unklar. Dem Wortlaut lässt sich kein Genehmigungserfordernis entnehmen. Hätte der Gesetzgeber eine solche vorsehen wollen, wäre es ein Leichtes gewesen, dies analog zu den erwähnten leistungsrechtlichen Vorschriften zu tun. Im systematischen Umkehrschluss lässt sich daraus folgern, dass hier gerade kein Genehmigungsvorbehalt gelten soll. Die Gesetzesmaterialien sind zwar nicht sonderlich ergiebig, weisen aber gerade deshalb ebenfalls in diese Richtung. Im Referentenentwurf⁵⁶ war ein Genehmigungserfordernis noch gar nicht vorgesehen. Die spätere Begründung des Gesetzentwurfes ist dann zwar sehr ausführlich. Aber sie beschränkt sich weitgehend auf Aussagen zum Verhältnis zwischen der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst und zu dessen Befugnissen bei der Qualitäts- und Abrechnungsprüfung. Der rechtliche Status des Versicherten wird demgegenüber nur insoweit adressiert, als darauf hingewiesen wird, dass es sich bei den Betretungsbefugnissen der Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes um Eingriffe in das Wohnungsgrundrecht (Art. 13 Abs. 1 GG) handelt.⁵⁷

Daraus lässt sich ableiten, dass § 37c Abs. 2 S. 6-8 SGB V nur das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Medizinischem Dienst und zwischen Medizinischem Dienst und Versicherten regelt, soweit es um die grundrechtlich relevanten Betretungsbefugnisse geht. Hingegen wird das Rechtsverhältnis zwischen der Krankenkasse und dem Versicherten in der Gesetzesbegründung nicht näher behandelt. Insbesondere wird nicht geregelt, was die Krankenkasse tun muss, wenn sie feststellt, dass die Voraussetzungen des Absatzes 1 und von Absatz 2 Satz 1-3 erfüllt oder nicht erfüllt sind.

⁵⁶ Zu diesem oben a).

⁵⁷ BT-Drucks. 19/19368, 28 ff.

Die Frage ist im Schrifttum bislang nur von *Christiane Padé* diskutiert worden. Sie kommt zu folgendem überzeugenden Schluss, der sich im Ergebnis mit der hier präferierten Auslegung deckt:

„Nach dem Konzept des Absatzes 2 Sätze 6 und 7 wirkt die **Feststellung auf Dauer**, muss aber mindestens einmal jährlich überprüft werden. Auch wenn der Wortlaut etwas unklar bleibt, ist damit wohl nicht gemeint, dass die Krankenkasse einen feststellenden Bescheid zu den Leistungsvoraussetzungen erlassen soll. Aus dem in § 37c Abs. 2 Satz 7 SGB V geregelten Erfordernis der jährlichen Überprüfung ist nicht zu schließen, dass der Gesetzgeber feststellende Verwaltungsakte und damit auch dafür die Geltung der §§ 44 ff. SGB X regeln wollte. Vielmehr ist die Feststellung als zunächst **verwaltungsinterner Vorgang** zu sehen, auf dessen Grundlage die Krankenkasse über das weitere Vorgehen (Ablehnung, Beratung, Nachbesserung, Bewilligung) entscheidet.“⁵⁸

§ 37c Abs. 2 S. 6 SGB V eröffnet der Krankenkasse also die Möglichkeit, die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen. Das ist allerdings eine Selbstverständlichkeit. Die Krankenkasse führt das Bundesgesetz nach Art. 83, 84 GG als Landes- bzw. bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen nach Art. 87 Abs. 2 GG als Bundesbehörde aus und muss damit wie jede Behörde prüfen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch vorliegen. Dass diese Selbstverständlichkeit gleichwohl geregelt wird, ergibt sich aus dem Anliegen des Gesetzgebers, die Krankenkasse zu verpflichten, den Medizinischen Dienst einzuschalten und sie an dessen fachliche Entscheidung zu binden. Stellt die Krankenkasse dann fest, dass einzelne Leistungsvoraussetzungen nicht oder zum Teil nicht vorliegen, so muss sie schon aufgrund von § 31 SGB I die Leistung ablehnen.

Dieses Prüfungs- und Feststellungsrecht der Krankenkasse ist aber kategorial etwas anderes als eine Genehmigung, denn es ist anders als diese keine eigenständige Voraussetzung des Leistungsanspruchs. Der Leistungsanspruch besteht also nicht erst, wenn die Krankenkasse sein Bestehen festgestellt hat, sondern schlicht dann, wenn die materiellen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Der Versicherte, in dessen Person die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, muss also auch nicht auf eine Genehmigung oder den Ablauf der Genehmigungsfristen nach § 13 Abs. 3a S. 1-4 SGB V warten, um einen Leistungsanspruch zu haben.

Das Genehmigungserfordernis in § 8 Abs. 1 RL-E ist daher durch § 37c Abs. 2 S. 6 SGB V nicht gedeckt. Man darf vermuten, dass es die Verfasser des Richtlinienentwurfs aus der entsprechende Regelung in § 6 Abs. 1 der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die

⁵⁸ *Padé*, in: Engelmann/Schlegel (Hrsg.), *Juris-PK SGB V*, § 37c [2021] Rn. 31.

Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)“ übernommen hat, wo es aber mangels gesetzlicher Regelung in § 37 SGB V ebenso rechtswidrig ist.

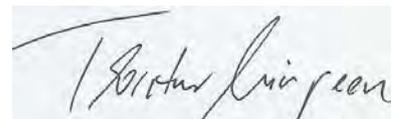
(2) Konkretisierungsbefugnis des G-BA

Die Ermächtigung zur Regelung eines Genehmigungserfordernisses kann sich nicht nur daraus ergeben, dass eine Genehmigung parlamentsgesetzlich vorgesehen ist, sondern (wie das namentlich in § 32 Abs. 1 a S. 2 SGB V geschehen ist) auch aus der allgemeinen Befugnisnorm zum Erlass von konkretisierenden Richtlinien, hier also aus § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V. Dieser ist zwar vergleichsweise wortreich, enthält aber keine Hinweise darauf, dass der G-BA auch ein allgemeinen präventives Genehmigungserfordernis regeln dürfte.

cc) Fazit zum Genehmigungserfordernis

Der G-BA darf den Leistungsanspruch des Versicherten nur von einer Genehmigung der Krankenkasse abhängig machen, wenn er dazu explizit gesetzlich ermächtigt wird. Eine solche gesetzliche Regelung fehlt beim Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V. Daher wäre § 8 Abs. 1 RL-E, sollte er so beschlossen werden, rechtswidrig.

Regensburg, 16.04.2021



Prof. Dr. Thorsten Kingreen

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.

	<p>Evangelisches Krankenhaus Oldenburg, Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation und Interdisziplinäres Palliativzentrum, Steinweg 13, 26122 Oldenburg</p> <p>Korrespondierender Autor: Dr. med. Martin Groß, Chefarzt Facharzt für Neurologie, Intensivmedizin, Palliativmedizin, Schlafmedizin, Notfallmedizin martin.gross@evangelischeskrankenhaus.de Tel. 0441 236 387 Fax 0441 236 715</p>	
	23.07.2021	
<p>Betreffende Passage in der AKI-RL</p>	<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p> <p>↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.</p>	<p>Begründung</p> <p>↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.</p>

§ 1 Grundlagen

§ 1	Absatz 1		
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte
§ 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.
§ 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).	
			Abschnitt streichen.	Die vorgeschlagenen Regelungen widersprechen möglicherweise der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 4, Satz 1, Art. 14, Satz 1, Art. 18, Satz 1, Artikel 19, Abschnitt a), Art. 22, Satz 1, Art. 23, Satz 1, Art. 29, Satz 1 a), Art. 30, Satz 1) und dem Grundgesetz (Art. 1, Satz 1, Art. 2, Satz 1, Art. 6, Art 8, Satz 1, Satz 1, Art.11 Satz 1, Art 13, Satz 1).
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege			
§ 2	Absatz 1		
§ 2	Absatz 2	<p>Bitte neu formulieren:</p> <p>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.</p> <p>Therapieziele sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimale Teilhabe und (gesundheitsbezogene) Lebensqualität - Sicherstellung von Vitalfunktionen und Vermeidung von Komplikationen - Falls keine Indikation zur dauerhaften Beatmung besteht: Beatmungsentwöhnung - Falls keine Indikation zur dauerhaften Trachealkanülenversorgung besteht: Trachealkanülenentwöhnung 	<p>Einzig allein Wille und Würde des Patienten entscheiden darüber, ob eine außerklinische Intensivpflege und/oder eine Palliativversorgung stattfinden muss. Übergeordnete Ziele jeglichen medizinischen und pflegerischen Handelns sind die optimale Lebensqualität und die gleichberechtigte Teilhabe. Aus den von mir genannten vier Teilzielen leiten sich alle weiteren erforderlichen intensiv-/beatmungsmedizinischen, rehabilitativen und palliativen Maßnahmen ab.</p> <p>Die weiteren unter §2, Absatz 2 angegebenen Ziele können nicht Teil der Richtlinie sein, sondern müssen Teil einer evidenzbasierten medizinischen Leitlinie sein.</p> <p>Einige im Richtlinien text angeführter Begriffe offenbaren nicht ausreichende Fachlichkeit bei der Erstellung der Richtlinie:</p> <p>„Reduktion des inadäquaten Atemantriebs“</p>

		<p>Bei der Umsetzung dieser Ziele sind die gültigen medizinischen Leitlinien anzuwenden. Weitere Ziele ergeben sich aus den gültigen medizinischen Leitlinien.</p>	<p>Diese Konstruktion entbehrt der fachlichen Grundlage. Zudem bleibt im Vagen, ob hier von gesteigertem oder reduziertem Atemantrieb gesprochen und an welche Maßnahmen gedacht wird.</p> <p>„Verbesserung der vegetativen und neuromuskulären Funktion“</p> <p>Diese Konstruktion ist ebenfalls fachlich nicht sauber dargestellt. Eine Recherche in der Datenband Pubmed zu „vegetative, neuromuscular, function“ erbrachte keine Klärung, was damit gemeint sein könnte.</p> <p>„der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum Weaningversagen geführt haben“</p> <p>Dies impliziert, dass in der außerklinischen Intensivpflege immer ein Weaningversagen als Beatmungs- oder Trachealkanülenindikation vorliegt. Biensteins Erfassung in NRW von 2014 zeigte jedoch, dass >50% der Patienten in der außerklinischen Intensivpflege neurologisch erkrankt sowie wahrscheinlich unweanbar und undekanülierbar sind. Dies entspricht meinen persönlichen, bisher unpublizierten Erfahrungen aus einer großen, interdisziplinären Ambulanz mit Schwerpunkt der Versorgung neurologischer Patienten der AKI.</p>
--	--	--	--

					Der Richtlinienentwurf müsste an dieser Stelle viel kürzer und klarer sein, auf unpräzise Begrifflichkeiten zu verzichten und die Regelung medizinischer Ziele medizinischen Leitlinien überlassen.	
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur indivi-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>duellen 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

				genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	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 Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich wei-	PatV: (3) ¹ 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 un-	GKV-SV, KBV	PatV		

			<p>tere 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>verzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
			<p><u>Vorschlag:</u> Stattdessen informiert die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Krankenkasse, die in Kooperation mit dem Vertragsarzt und in Abstimmung mit der oder dem Versicherten die wei-</p>	<p>Der Vertragsarzt kann die Maßnahmen nicht verlässlich einleiten, da nicht ausreichend Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Rosseau veröffentlichte 2017, dass 85% der Patienten der AKI direkt von</p>		

			<p>teren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einleitet. Die Aufgabe der Krankenkasse ist die Suche nach Behandlungskapazitäten in einem geeigneten Zentrum.</p>	<p>Akutintensivstationen zuverlegt wurden, ohne in einem Zentrum behandelt worden zu sein.</p> <p>Roesners Veröffentlichung von 2019 deckte die Gründe – zumindest für die Region Niedersachsen-Bremen – auf: Nur 45% der für die Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR) angemeldeten Patienten sowie 37% der beatmeten für die NNFR angemeldeten Patienten erhielten einen Behandlungsplatz.</p>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4	<p><u>Vorschlag:</u></p> <p>Wenn ein Einverständnis von Seiten des Patienten, der bevollmächtigten Personen oder des gesetzlichen Vertreters gegeben ist, sollte grundsätzlich der Einbezug rehabilitativer und palliativmedizinischer Fachkompetenz erfolgen.</p>		<p>Der im Entwurf beschriebene Ansatz des Einsatzes der Palliativmedizin insbesondere bei infauster Prognose und, wenn eine kurative Behandlung nicht mehr möglich ist, ist nicht zeitgemäß. Die positiven Auswirkungen der frühen Integration von Palliative Care in die Behandlung von außerklinischen Intensivpatienten sind besonders am Beispiel der Amyotrophen Lateralsklerose hin-</p>		

			<p>länglich beschrieben, ebenso wie die positiven Auswirkungen der Integration rehabilitativer Aspekte (Oliver et al. 2016, Summ und Groß 2019, Groß 2020).</p> <p>Außerklinische Intensivpflege und Beatmung sind nur dann sinnvoll, wenn rehabilitative, auf Teilhabe gerichtete, und palliative, auf Linderung gerichtete medizinische Behandlungskonzepte ineinandergreifen. Nur so kann eine optimale Lebensqualität erzielt werden (Groß und Demmer 2021).</p>
§ 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		<p>Die folgenden Vorschläge gelten für den gesamten Paragraph 3, ab Absatz 5 bzw. 6:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die im Begrifflichkeit der „Potentialerhebung“ sollte durchgängig durch „klinische Kontrolle“ ersetzt werden. 2. Ablauf und Frequenz der klinischen Kontrollen müssen sich an medizinischen Leitlinien orientieren.
			<p>Ad 1) Offensichtlich wird die außerklinische Intensivpflege im Entwurf als „Parkplatz“ für Beatmungsentwöhnungspatienten betrachtet und soll auch dementsprechend „verwaltet“ werden. Tatsächlich benötigen die Patienten regelmäßige klinische Kontrollen, aber nicht nur zur Identifizierung von „Potentialen“, sondern zum Zweck der Optimierung der Lebensqualität und der Teilhabe sowie zur Vermeidung von Komplikationen. Die Fokussierung auf die Potentialerhebung bedeutet einen enormen Ressourceneinsatz, der dem Patienten</p>

			<p>tieren. Die äußerst kleinteilige Definition der Abläufe von Kontrolluntersuchungen sollte durch einen solchen Verweis ersetzt werden.</p> <p>3. Die Trennung in die Kategorien „beatmete Patienten“ und „trachealkanülierte, nicht beatmete“ Patienten ist unlogisch. Es müsste hier in die Kategorien „beatmeter Patient“ und „trachealkanülierter Patient“ getrennt werden.</p> <p>4. In Zusammenhang mit dem Patientenwillen und der Lebensqualität werden die Begriffe „strukturiert“ und „systematisch“ eingeführt. Ich rate zur Konkretisierung: Ermittlung des Patientenwillens, ggf. unter Einzug von Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Bevollmächtigtem, gesetzlichem Vertreter, früherer Äußerungen des Patienten und mutmaßlichem Patientenwillen.</p>	<p>sowie dem Gesundheitssystem auch aus Sicht der Krankenkassen nur in den seltensten Fällen zugutekommen würde. Nur ein geringer Anteil der Patienten wird schließlich geweant und dekanüliert. Die im Entwurf vorgesehene Betrachtung rein in Bezug auf „Potentiale“ ignoriert und behindert die sinnvolle Versorgung der Patienten im Sinne von:Stabilisierung und Vermeidung teurer und belastender Intensivtherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimierung von Teilhabe und Lebensqualität - Minderung von Leid <p>Ad 2) Der Ablauf von Kontrollen muss auf der Basis medizinischer Evidenz sowie von Daten aus der Versorgungsforschung erfolgen.</p> <p>Ad 3) Die meisten beatmeten Patienten der AKI haben eine Trachealkanüle. Also muss jede Kontrolle, die bei trachealkanülierten, nicht beatmeten Patienten durchgeführt werden soll, auch bei trachealkanülierten, beatmeten Patienten durchgeführt werden.</p> <p>Ad 4) Die Begriffe „systematisch“ und „strukturiert“ sind nicht mit Inhalt hinterlegt.</p>		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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.					
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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					
			Vorschlag PatV übernehmen.			Wie von den Patientenvertretern korrekt festgestellt, ist die medizinische Indikation die fachliche und ethische Grundlage jedweder ärztlichen Behandlung		

				<p>(Neitzke 2014). Eine Richtlinie sollte inhaltlichen Minimalanforderungen ordnungsgemäßer Diagnose und Therapie Rechnung tragen.</p> <p>Es muss daher am Anfang jeder klinischen Kontrolle folgendes festgestellt werden: Beatmungsindikation. Wenn diese nicht (mehr) vorliegt, ergibt sich daraus automatisch ein Beatmungsentwöhnungspotential.</p>		
			<p>DKG: 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV: 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus</p>	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			<p>KBV, GKV-SV, PatV: 6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;</p>	<p>DKG: 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;</p>	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	<p>1. Bitte ergänzen:</p> <p style="padding-left: 40px;">0 Trachealkanülenindikation</p> <p>2. Bitte streichen: Laryngeale Sensibilität</p>		<p>1. 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.</p> <p>Es muss daher am Anfang jeder klinischen Kontrolle folgendes festgestellt werden: Trachealkanülenindikation.</p> <p>2. Die Information ist an sich hilfreich, aber es existiert kein ausreichend etabliertes standardisiertes Messverfahren für die laryngeale Sensibilität.</p>		
§ 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	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			(z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])			
			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								
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.					

§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <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 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
-----	--------	--------	--	--	-----------------------	---------------

			verfügen.		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 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	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			<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. 			
§ 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</p>	<p>KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach § 4 Absatz 1, Absatz [2 bzw. 3] und</p>	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>Absatz [3 bzw. 4] werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
§ 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		<p>Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden.</p> <p>Dies sollte geändert werden in:</p> <p>Die Folgeverordnung kann längstens für sechs Monate ausgestellt werden, es sei denn es liegt eine Indikation zur dauerhaften Beatmung oder Trachealkanülenversorgung vor. In dem Fall kann die Verordnung für unbegrenzte Zeit erfolgen.</p>	<p>Dies soll am Beispiel der invasiven Beatmung bei Amyotropher Lateralsklerose erläutert werden. Die Situation ist irreversibel. Die Notwendigkeit des den Patienten belastenden sinnlosen wiederkehrenden Nachweises einer unabänderlichen Situation ist nicht gegeben.</p> <p>Regelmäßige klinische Kontrollen sind nichtsdestotrotz für den Patienten wichtig.</p>
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>	
			DKG, GKV-SV, KBV:	PatV:
			DKG, GKV-SV, KBV	PatV

§ 6	Abs. 2	Satz 2	² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	[streichen]		
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			

			<p>Streichen oder ersetzen durch: Dabei ist durch die Krankenkasse – in Kooperation mit dem Krankenhaus - sicherzustellen, dass bei aktuell vorliegendem Potential keine Überführung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung erfolgt. Die Aufgabe der Krankenkasse ist, falls erforderlich – die Suche nach Behandlungskapazitäten.</p>	<p>Das Krankenhaus kann dies nicht sicherstellen, da nicht ausreichend Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Rosseau veröffentlichte 2017, dass 85% der Patienten der AKI direkt von Akutintensivstationen zuverlegt wurden, ohne in einem Zentrum behandelt worden zu sein. Roesners Veröffentlichung von 2019 deckte die Gründe – zumindest für die Region Niedersachsen-Bremen – auf: Nur 45% der für die Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR) angemeldeten Patienten sowie 37% der beatmeten für die NNFR angemeldeten Patienten erhielten einen Behandlungsplatz.</p>		
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt</p>	<p>PatV: ²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.			
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			voraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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		Satz 2 streichen und Satz 1 ergänzen: ...hat nach von den Fachgesellschaften erstellten Leitlinien zu erfolgen.	Erneut könnte hier eine entbehrliche und möglicherweise widersprüchliche Überschneidung mit evidenzbasierten, fundierten medizinischen Leitlinien entstehen.	
§ 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.		
§ 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			
			Ergänzung der PatV ist sinnvoll und sollte übernommen werden		Aus dem Recht auf gleichberechtigte Teilhabe nach UN-Behindertenrechtskonvention und dem Grundgesetz geht hervor, dass der Patient das Recht hat, sich an Orten aufzuhalten, die nicht der in Absatz 5 angestrebten Normung entsprechen.	
§ 9	Absatz 6					
§ 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	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 Versicher-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

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

			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].			
			Absatz streichen	Der Vertragsarzt ist im Krankenhaus, das heißt sektorenübergreifend nicht zuständig. Stationäre Behandlungsplätze wird er aktuell für die von ihm betreuten Patienten bestenfalls erhalten, wenn ein lebensbedrohlicher Notfall vorliegt.		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2	Der die außerklinische Versorgung koordinierende Vertragsarzt und weiteren Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. geeignete Pflegefachkräfte, Atemtherapeuten, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger) arbeiten im Rahmen eines Netz-		Es ist nicht möglich, mehrere Vertragsärzte sowie Therapeuten und Pflegekräfte für Konferenzen zusammenzuführen. Ein Arzt muss allerdings für die Koordination des interdisziplinären Teams zuständig sein.		

			<p>werkes eng zusammen. Das Netzwerk kann telemedizinisch oder als Medizinisches Zentrum mit Behinderung (MZEB) arbeiten, wobei die Behandlung durch das MZEB entweder in der Immobilie des MZEB oder durch ein mobiles interdisziplinäres Team am Wohnort des Patienten stattfinden kann. Weitere Beispiele für mögliche Koordinationsstellen für die interdisziplinäre Netzwerkarbeit sind Sozialpädiatrische Zentren, Zentren für Beatmungsentwöhnung, Querschnittgelähmten-Zentren, neuromuskulären Zentren sowie zukünftig durch die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zu zertifizierende Zentren für Außerklinische Beatmung.</p>	<p>„Geeignet“ ist meiner Ansicht nach ein unpräziser Begriff.</p> <p>Atmungstherapeuten sind Teammitglieder mit entscheidender Expertise, sollten daher aufgeführt werden.</p> <p>Das MZEB (SGB 5, Paragraph 119c) ist durch die stattfindende interdisziplinäre Arbeitsweise bei entsprechender Schwerpunktbildung eine zur Behandlung von Patienten der AKI geeignete Organisationsform (Winterholter 2019).</p>		
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			<u>Vorschlag:</u> Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die Krankenkasse zu informieren, die -	Der Vertragsarzt kann diese Maßnahmen häufig gar nicht einleiten, da nicht ausreichend Behandlungsplätze zur Verfügung stehen.		

			<p>in Kooperation mit dem Vertragsarzt - die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einleitet. Die Aufgabe der Krankenkasse ist, falls erforderlich – die Suche nach Behandlungskapazitäten.</p>	<p>Rosseau veröffentlichte 2017, dass 85% der Patienten der AKI direkt von Akutintensivstationen zuverlegt wurden, ohne in einem Zentrum behandelt worden zu sein. Roesners Veröffentlichung von 2019 deckte die Gründe – zumindest für die Region Niedersachsen-Bremen – auf: Nur 45% der für die Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR) angemeldeten Patienten sowie 37% der beatmeten für die NNFR angemeldeten Patienten erhielten einen Behandlungsplatz.</p>		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	<p>KBV, DKG, GKV-SV: ¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt</p>	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

		<p>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.</p> <p>²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>¹Eine 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.</p> <p>²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen.</p> <p>³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im</p>		
--	--	--	---	--	--

				Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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.

Ad §4

Für den gesamten §4 ist eine vollständige Neuerstellung unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte zu empfehlen:

Die ärztliche Qualifikationsmatrix mit 2 Bereichen (Verordnung, „Potentialerhebung“) und 2 Sektoren (Vertragsarzt, Entlassmanagement) ist unübersichtlich, inhaltlich nicht konsistent und berücksichtigt existierende Versorgungsstrukturen und die bereits manifester Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich nicht. Des Weiteren fehlt ein einheitliches Verständnis, welcher Facharzt über welche Expertise verfügt. Es ist zudem nicht gelungen, eine Harmonisierung mit dem OPS 1-717 durchzuführen. Angesichts der Tatsache, dass die „Potentialerhebungen“ inhaltlich nicht exakt mit dem OPS 1-717 übereinstimmen, verwundert dies auch nicht.

Die Strukturen der Versorgungslandschaft für beatmete und trachealkanülierte Patienten in Deutschland umfassen (Bingold et al. 2013, Schönhofer et al. 2014, Groß et al. 2019, Groß 2020, Rollnik et al. 2020, Platz et al. 2020):

- ca. 1100 Beatmungsentwöhnungs-Betten in der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNFR) und eine weitaus größere Zahl an Betten für nicht beatmete, aber häufig noch trachealkanülierte Patienten ebenfalls in der NNFR
- ca. 50 pneumologische Weaningzentren
- einige anästhesiologisch geleitete Beatmungsentwöhnungsstationen
- Querschnittgelähmten-Zentren
- Neuromuskuläre Zentren
- Schlaflabore

Hieraus abgeleitet sollten folgende Qualifikationsanforderungen, die einheitlich für alle Ärzte sowohl im Bereich der Verordnung von AKI als auch der „Potentialerhebung“ bzw. klinischen Kontrollen gelten sollte:

- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Hausärzte mit 1 Jahr Erfahrung in der außerklinischen Intensivpflege
- Andere Ärzte in telemedizinischer Absprache mit den genannten Disziplinen

Literatur:

- Bienstein C (2014) Selbstorganisierte Wohngemeinschaften für technologieabhängige Menschen in Nordrhein-Westfalen. https://digab.de/wp-content/uploads/2018/02/DIGAB_Abschlussbericht_Selbstorganisierte_Wohngemeinschaften_fuer_technologieabhaengige_Menschen_in_Nordrhein-Westfalen_.pdf. Zugegriffen 13.07.2021
- Bingold TM et al. (2013) DGAI-Zertifizierung anästhesiologische Intensivmedizin: Entwöhnung von der Beatmung. <https://www.ak-intensivmedizin.de/downloads/sonstiges/73-2013-4-212-216-entwoehnung-von-der-beatmung/file.html>. Zugegriffen 15.07.2021
- Groß M et al. (2019) Beatmung in neurologischen Organisationseinheiten in Deutschland. Nervenarzt 90: 1037-1044
- Groß (2020) Neurologische Beatmungsmedizin. Springer, Heidelberg
- Groß M und Demmer T (2021) Interdisziplinäre Palliativmedizin. Springer, Heidelberg
- Neitzke(2014)Indikation:fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin (109)8-12

Platz T et al. (2020) German hospital capacities for prolonged mechanical ventilator weaning in neurorehabilitation – results of a representative survey. *Neurological Research and Practice* 2:18

Roesner M et al. (2019) Neurological and neurosurgical early rehabilitation in Lower Saxony and Bremen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 87(4):246-254

Rollnik et al. (2020) Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – Ergebnisse der „Wenn-Früh“-Studie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation. *Nervenarzt* (91)1022-1029

Rosseau S (2017) Tracheostomy Home Care of Patients after Long Term Ventilation on the ICU - a Position Paper. *Pneumologie* 71(4):204-206

Schönhofer B et al. (2014) WeanNet: Das Netzwerk pneumologischer Weaningzentren. *Pneumologie* 68(11)737-742

Summ O und Groß M (2019) Rehabilitation bei Amyotropher Lateralsklerose. *Nervenheilkunde*. 38: 249-25

Windisch W et al. (2017) Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-008l_S2k_NIV_Nichtinvasive_invasive_Beatmung_Insuffizienz_2017-10-verlaengert.pdf. Zugegriffen 15-07.2021

Winterholler (2019) Verbesserung-in-der-Versorgungslandschaft-für-Menschen-mit-geistiger-und-mehrfacher-Behinderung-durch-den-§119c-SGB-V. <https://bagmzeb.de/wp-content/uploads/2019/04/Verbesserung-in-der-Versorgungs%ADland%ADschaft-f%C3%BCr-Menschen-mit-geistiger-und-mehr%C2%ADfacher-Behinderung-durch-den-%C2%A7119c-SGB-V.pdf>. Zugegriffen 15.07.2021

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.

			Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)		
			22.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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		
			Zusatz sollte nicht übernommen werden.		Die komplexe intensivpflegerische Versorgung bedarf der Qualifikation einer Pflegefachkraft.

§ 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.	
			Formulierung wird unterstützt	
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4			
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass	
			<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). 	
			Formulierung wird unterstützt	
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5		PatV: kann soll	

		Satz 1/ Satz 2				
§ 1	Absatz 6					
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 § 132l 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 § 132l Absatz 1 SGB V.</p>			
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p> <p>(3) ¹Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			<p>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>weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>		
			GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt			
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5	<p>Nach Absatz 5: Neu: Absatz 6</p> <p>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 § 132 g SGB V nach z.B. DiV BVP e.V.-Standard</p>	<p>In dem Wissen, dass viele Menschen ohne entsprechende Unterstützung mit solchen tiefgreifenden Entscheidungen überfordert sind, geht es nicht um eine ggf. einseitige „Beratung“ durch Leistungserbringer für die außerklinische Intensivpflege, mit Eigeninteresse zum Leistungsgeschehen, sondern darum, dass</p>			

		<p>oder vergleichbaren Konzepten, einzusetzen. Die getroffenen Therapieziele sind regelmäßig, mind. 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.</p>			<p>in einem Prozess der „partizipativen Entscheidungsfindung“ die Präferenzen der/des Betroffenen herausgearbeitet und die Betroffenen in die Lage versetzt werden, durch umfassende objektive Information ihre individuellen Behandlungswünsche im Voraus zu formulieren und dokumentieren. Es ist hier unbedingt auf einen qualifizierten Gesprächsprozess analog des § 132g SGB V zu achten. Dies kann auch in Kooperation mit externen Anbietern für die Gesprächsbegleitung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung erfolgen. Die Behandlungsentscheidungen sind regelmäßig, mind. alle 12 Monate, zu evaluieren, um die sich verändernden Behandlungspräferenzen zu identifizieren und ihnen gerecht werden zu können.</p>			
<p>§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege</p>								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		<p>DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei de-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 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</p>	<p>wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 bei</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 bei lebensbedrohli-</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

			<p>Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>	<p>chen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6],</p>	GKV-SV, KBV	PatV		

		<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
--	--	---	--	--	--

§ 3	Absatz 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. Auch der Wunsch der Betroffenen, unabhängig von Bedarf und einer infausten Prognose, soll zu einer Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz, z.B. in Form der SAPV nach §37b und §132d SGB V, führen. Der Bedarf ist durch regelm. Therapiezielklärung (s. § 2, Absatz 6) qualifiziert zu ermitteln.		Der Wunsch der Patientin/des Patienten hat immer Vorrang und ist auch unabhängig vom medizinisch pflegerisch gesehenen Bedarf und der Prognose immer zu beachten. Wünsche zu Behandlungsoptionen können sich im Krankheitsverlauf auch unabhängig von der Prognose ändern und sind deshalb regelmäßig zu erfassen.		
§ 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.				
			Zusatz sollte nicht übernommen werden		Eine persönliche Untersuchung ist auch in der laufenden Behandlung notwendig.		
§ 3	Absatz 5 bzw. 6						
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG	

§ 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.			
			Zustimmung der Ergänzung			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Zusatz sollte in dieser Form nicht übernommen werden.		Eine Verlängerung auf 12 Monate im Satz 5 sollte für Kinder und Jugendliche aufgenommen werden.	
§ 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
			Position KBV, GKV-SV und DKG wird unterstützt.			
			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				
		Zustimmung, insbesondere im Zusammenhang mit §132g SGB V			Siehe Begründung siehe §2 Abs.5	
		KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)				

			Zustimmung	Für Patient:innen, welche nicht mehr in der Lage sind, den eigenen Willen zu äußern, ist eine ethische Fallbesprechung ein sehr gutes Instrument, um zu ethisch am besten begründbaren Entscheidungen zu gelangen. Dies entlastet alle Beteiligten im Versorgungsprozess.		
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Zustimmung			
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			Zustimmung	Kann entfallen	Obwohl Lebensqualität alle Dimensionen des Lebens betrifft, ist die explizite Benennung der psychosozialen Faktoren eine Verstärkung.	Zusätzlich „mit geeigneten Verfahren“ ist sehr unspezifisch und beschreibt kein validiertes Verfahren.
§ 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:		
			Zustimmung Position 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		
				Zustimmung Nr.7				
KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität								

			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Zustimmung	Siehe §3 Abs.6/7		
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			
			Kann entfallen	Siehe §3 Abs.6/7		
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			Zustimmung			Die Auflistung ist nicht vollständig, es fehlt der Schwerpunkt Neonatologie.
			<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ol style="list-style-type: none"> 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>	
			Für Kinder und Jugendliche	Zusätzlich Schwerpunkt Neonatologie
§ 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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>	

KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
PatV zusätzlich: , 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.			

§ 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</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>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>

			dem Vertragsarzt enthalten.			
§ 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.			
			Zustimmung			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			dem Krankenhaus gegebenfalls durch.			
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			voraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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.			
§ 9	Absatz 3					
§ 9	Absatz 4					
§ 9	Absatz 5					
			PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern			

§ 9	Abs. 5	Satz 1				
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

				§132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				Verfahrens zur Potenzial- erhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
			Stimmen Streichung zu, je- doch sollte die Mitverant- wortung / die Mitwirkun- g des koordinierenden An- teils der Versorgung gere- gelt werden.		Die sektorenübergreifende Koordination ist für die Pa- tient:innen und deren An- gehörige sehr wichtig. Der Aspekt sollte formuliert werden im Zusammenhang mit den Leistungserbrin- gern nach §132 I SGB V.	
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10		Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV:	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

	<p>Abs. 5 bzw. 6</p>	<p>¹Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. 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>¹Eine 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. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V zu treffen. ³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im</p>		
--	---------------------------------	--	---	--	--

				Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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			Grundsätzlich sollte eine frühzeitige Vernetzung mit Angeboten der Hospizarbeit und Palliativversorgung erfolgen. Eine Außerklinische Intensivpflege darf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (auch für Kinder und Jugendliche) nicht ausschließen.			

Aspekte Ihrer Stellungnahme.



Deutscher Bundesverband
für Logopädie e.V.

▶ Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Silke Winkler
Schatzmeisterin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung u. veranlasste Leistungen
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Per E-Mail: aki@g-ba.de

Unser Zeichen
siwi-brbe

Ihr Ansprechpartner/Durchwahl
Tel.: 02234/37953-0
Fax: 02234/37953-13
E-Mail: winkler@dbf-ev.de

Datum
23.07.2021

**Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege
(Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-Richtlinie) nach § 92 Absatz 1 Satz 2
Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)**

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Frau Lerch,

in der Anlage erhalten Sie die Stellungnahme des Deutschen Bundesverbands für Logopädie e.V. (dbf) zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-Richtlinie) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Wir wünschen uns sehr, dass in zukünftigen Entscheidungsverfahren Logopädinnen und Logopäden mit ihren in Ausbildung und Weiterbildung erworbenen Kompetenzen im Bereich Trachealkanülenmanagement und Weaning stärker einbezogen werden, um die Patientenversorgung in diesem hoch spezialisierten Bereich umfassend zu gewährleisten.

Mit freundlichen Grüßen

Silke Winkler B. A.
Akademische Sprachtherapeutin/
Logopädin
Schatzmeisterin (dbf)

Britta Berbrich
Syndikusrechtsanwältin (dbf)



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.

			Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)		
			23.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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		

§ 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.
§ 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).
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5		PatV: kann soll

		Satz 1/ Satz 2		
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			
§ 2	Absatz 3		<p>² oder ³ zusätzlich: (... zu ergreifen) und entsprechende Heilmittel zu verordnen.</p>	<p>Laut Heilmittelkatalog liegt die Kompetenz zur Behandlung von Dysphagien/Dysarthrien/neurogenen Stimmstörungen in der Hand der Logopädinnen und Logopäden.</p>

		<p>³ oder ⁴ zusätzlich: Die Maßnahmen der Heilmitteltherapie müssen durch speziell qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten/Logopädinnen und Logopäden mit Handlungskompetenz im Umgang mit beatmeten und trachealkanülierten Versicherten durchgeführt werden.</p> <p>⁵ oder ⁶ zusätzlich: 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.</p>	<p>Sie erwerben diese Kompetenz über Ausbildung und spezielle Weiterbildung in diesen Bereichen.</p>			
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.	Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.				
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5		zusätzlich: (... Lebensqualität) insbesondere durch kontinuierliche, wöchentliche Heilmitteltherapien.		Interdisziplinäre Behandlungsansätze haben zunehmend an Bedeutung gewonnen, so dass logopädische, physio-, und ergotherapeutische Therapien die außerklinische Intensivpflege zwingend ergänzen.			
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zu-	PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 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 §</p>	<p>wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 bei</p>	<p>zulässig, bei denen 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 bei</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

			1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.	lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich 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 Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder	PatV: (3) ¹ Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung		GKV-SV, KBV	PatV	

		<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
--	--	---	--	--	--

§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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	KBV, GKV-SV, PatV	DKG					

				Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
			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	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 grundsätzlich durch Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit	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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>

KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
PatV zusätzlich: , 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.			

§ 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</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>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>

			dem Vertragsarzt enthalten.			
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			dem Krankenhaus gegebenfalls durch.			
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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.</p>	<p>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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			voraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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		Satz 2 (ergänzend): 4. der Umgang mit Dysphagie unter Einbeziehung der Logopädie, z.B. im Ernährungsmanagement und/oder unter Beachtung spezieller Schlucktechniken,		Die Durchführung der Schlucktherapie und die Erarbeitung von speziellen Schlucktechniken entsprechen der Qualifikation der Logopädinnen und Logopäden.
§ 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.		

§ 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					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

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

				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].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2				Die enge Zusammenarbeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und weiteren Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. Heilmittelerbringer), insbesondere in Form von Teambesprechungen, sind unabdingbare Voraussetzung für eine aufeinander abgestimmte außerklinische Versorgung und Therapie der oder des Versicherten. Nur durch regelmäßige Kommunikation und Therapiezielabsprachen können die in den Richtlinien geforderten Ziele des Weanings und der Dekanülierung im außerklinischen Setting vorbereitet werden. Gemeinsame Teambesprechungen sind als zu vergütende Leistungen in die entsprechenden Verträge der Heilmittelerbringer aufzunehmen. Dies gilt umso mehr,	

			als der GKV-Spitzenverband diese Teambesprechungen als verpflichtend einbringt.			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt	PatV: ¹ 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 Fa-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>miliensituation gewährleistet werden kann. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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		<p>KBV, PatV: ¹Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder</p>	<p>DKG, GKV-SV: ¹Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen</p>	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

			den verordnenden Vertragsarzt	durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
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.			Im Hinblick auf die zukunftsorientierte Schwerpunktsetzung auf interdisziplinäre Patientenversorgung durch verschiedene Professionen im Bereich der Medizin, Pflege und Therapiewissenschaften ist es aus unserer Sicht zwingend notwendig, Logopädinnen und Logopäden bei der Ausgestaltung der Regelungen stärker zu berücksichtigen, um die Versorgung dieses besonderen – von außerklinischer Intensivpflege betroffenen – Patientenlientels umfassend zu gewährleisten.			

AStellungnahme 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.

			AOK Hessen		
			23.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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: /Pflegerkräfte		
			Diese Reduzierung der Qualifikation dergestalt, dass auch Pflegekräfte in die Versorgung mit einbezogen werden können, ist abzulehnen		Die Voraussetzungen sind in den Rahmenempfehlungen zu § 132a SGBV in der Fassung vom 14.10.2020 in § 4 abschließend geregelt und wurde mit allen an der

				Versorgung beteiligten Organisationen geeint. Der Begriff „Pflegefachkräfte“ ergibt sich auch aus § 37c Abs.1 Satz 2 SGB V.
§ 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 Eignung wird von den Vertragspartnern in der Rahmenempfehlung zu § 132 a SGB V (später 132I SGB V) geregelt.	
§ 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). 	

			Diese Ergänzung wird als sehr erforderlich angesehen und sollte gerne ergänzt werden um Nr 4, so dass der Satz beginnen würde mit : „ ⁴ Auch eine Versorgung <u>im Haushalt gemäß Nr. 4</u> sowie an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass ...“	Diese ergänzende Konkretisierung halten wir im Sinne des Patientenschutzes für erforderlich, da nicht jedes Wohnumfeld für die intensivmedizinische Versorgung eines Versicherten geeignet ist.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			Es muss bei dem Wort „kann“ bleiben	Leistungen der häuslichen Krankenpflege können nur vergütet werden, wenn sie auch erbracht werden
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
			(7) sollte nicht berücksichtigt werden (8) sollte nicht berücksichtigt werden	Fristen sind im § 37c und 132I SGB V geregelt. Danach treten die Regelungen spätestens zum 01.11.2022 in Kraft

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			Ergänzungsformulierung des GKV-SV wird unterstützt	
§ 2	Absatz 4		<p>... unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung. Die spezialisierte stationäre Einrichtung verfügt für ihr Weaningzentrum über eine Zertifizierung von WeanNet oder einer vergleichbaren Zertifizierungsstelle oder befindet sich im Zertifizierungsverfahren oder erfüllt die nachfolgend genannten Voraussetzungen.</p> <p>Das Weaning-Zentrum verfügt über eine spezielle Weaning-Einheit oder spezielle Weaning-Betten innerhalb einer bestehenden Intensivstation mit weiteren Schwerpunkten (z. B. interdisziplinär), die den besonderen Anforderungen der Respiratorentwöhnung entspricht. Bei vorhandener Kooperation in der Weaning-Einheit zwischen der Abteilung für Pneumologie und einer weiteren Abteilung, wie z. B. der Abteilung für Anästhesiologie, ist eine Kooperationsvereinbarung vor dem Audit vorzulegen</p>	<p>Der Begriff der spezialisierten stationären Einrichtung muss konkretisiert werden, damit es bei der Umsetzung zu keinem Interpretationsspielraum kommt.</p> <p>Andernfalls – also ohne dass dieser Begriff inhaltlich definiert wird – gibt es keine qualitativ belastbaren Anforderungen an diese Einrichtungen, so dass – anders als vom Gesetzgeber gewollt – eine Weiterbehandlung nicht zwingend durch Spezialisten erfolgen müsste, sondern vielmehr durch jedwede Klinik erfolgen könnte, die sich selbst als spezialisierte stationäre Einrichtung bezeichnet. Zum Schutze des Patientenwohls und um die Zielsetzung des Gesetzgebers nicht zu konterkarieren, sehen wir hier eine Klarstellung als grundlegend für eine qualitative Versorgung an.</p>
§ 2	Absatz 5			
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege				

§ 3	Absatz 1							
§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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>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 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</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Diese Formulierung wird ausdrücklich unterstützt	Diese Formulierung wird abgelehnt.		Der Gesetzgeber hat in seiner Begründung zum § 37c SGB V ausführlich begründet, dass der anspruchsberechtigte Personenkreis nicht ausgeweitet werden soll. Um dies sicher zu stellen, ist für die Definition des Personenkreises zwingend auf Nr. 24 der HKP-Richtlinie zurück zu greifen, in der aktuell die Kriterien definiert sind für den anspruchsbere-	
--	--	--	------------------------------------	---	------------------------------------	--	--	--

							<p>rechtigten Personenkreis. Die beiden Vorschläge der DKG und der PatV würden den anspruchsberechtigten Personenkreis nicht nur verdoppeln, sondern vervielfachen, was bei Versorgung eines einzelnen Patienten in der Häuslichkeit, für die jeweils ca. 5,5 hochqualifizierte Pflegefachkräfte erforderlich sind, zu einem immensen erweiterten Bedarf</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>an Pflegepersonal führen, das vom Gesetzgeber nicht gewollt war. (für die AOK Hessen würde alleine eine Ausweitung in Form einer Verdopplung des anspruchsberechtigten Personenkreises weitere ca. 1.700 qualifizierte Pflegefachkräfte erfordern.)</p> <p>Darüberhinaus bietet die Beibehaltung der Anspruchsvoraussetzungen Sicherheit bei allen in der</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							Versorgung intensivpflichtiger Patienten Beteiligter, seien dies Krankenhäuser, Ärzte, Pflegedienste, MD und die Krankenkassen.	
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden.	PatV: (3) ¹ 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 verord-		GKV-SV, KBV	PatV	

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>nende 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>		
			<p>Diesen Vorschlag unterstützen wir und sehen die Erforderlichkeit der Ergänzung an 2 Stellen:</p>	<p>Diese Formulierung enthält nicht alle erforderlichen Aspekte</p>	<p>Die Ergänzung des GKV-SV ist zu unterstützen. Wir empfehlen aufgrund unserer Erfahrungen auch bei mittelfristigem Potenzial der</p>	

			<p>In Satz 1: Bei Versicherten mit unmittelbar <u>oder mittelfristig</u> bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außer-klinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden</p> <p>In Satz 3: <u>³Sofern die Krankenkasse</u> kurzfristig keine Kapazitäten in einer der vorgenannten Einrichtungen <u>realisieren kann</u>, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>		<p>Entwöhnung/Dekanülierung keine AKI zu verordnen, sondern direkt mit der Vorbereitung der Entwöhnung/Dekanülierung zu beginnen. Ein mittelfristig bestehendes Potential sehen wir dann als gegeben, wenn innerhalb der nächsten sechs Monate Fortschritte im Entwöhnungsprozess erwartet werden können.</p> <p>Der Zeitraum des Aufenthalts in spezialisierten Weaningeinheiten ist daher auf bis zu 6 Monaten zu verlängern, damit Patienten sich von den Belastungen der bisherigen Aufenthalte erholen können. Eine Entlassung in das häusliche Umfeld bei mittelfristigem Potential verringert die Chance auf Entwöhnung/Dekanülierung.</p> <p>In Hessen erzielen wir aktuell mit dem Modell, auch mittelfristige Potentiale zu erkennen und zu heben, sehr gute Erfahrungen und Erfolge im Sinne der Versicherten.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>Erläuterung zur Anpassung des Satzes 3: Da es bereits Strukturen hierfür gibt, ist hier zwingend die Kasse einzubinden, um im Rahmen des Fallmanagements alle Optionen auszuschöpfen, um eine möglichst durchgehende gesicherte und qualitativ adäquate Versorgungsmöglichkeit zu realisieren</p>
§ 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.		
			Ist abzulehnen	Konterkariert alle beschriebenen qualitativen Anforderungen Bei dem Personenkreis handelt es sich um intensivpflichtige Patienten, bei denen der verordnende Arzt im Rahmen der Verordnung das Therapieziel überprüft und mit dem Versicherten erörtert. Dieser Prozess ist mit den schwerstkranken Patienten ausschließlich im Rahmen einer persönlichen Untersuchung und Visite möglich.	

§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			<p><i>... mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden, so- fern die Krankenkasse im Einzelfall nicht darauf verzich- tet.</i></p> <p><i>Ein Einzelfall, in dem die Krankenkasse darauf verzichten könnte, ist dann gegeben, wenn der MD ausdrücklich darauf hinweist (z.B. nach persönl. Begutachtung) und bei den Potentialprüfungen der vergangenen 2 Jahre kein Potential und keine Potential-Entwicklung gesehen wurde,, sondern in den vergangenen 2 Jahren durchge- hend eine negative Prognose festgestellt wurde</i></p>	<p>Es wird immer Fallgestaltungen geben, bei denen es aufgrund des Krankheitsbildes tatsächlich keine Chance auf Entwöhnung geben wird (z.B ALS)</p>		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	PatV zusätzlich: ¹⁰ Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei jun- gen 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 psychomoto- rischer Entwicklungsstand vorliegt, ist in den Fällen nach Satz 9 eine erneute Erhebung nicht mit jeder Folgever- ordnung verpflichtend. ¹¹ 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.						
			Diese Formulierung wird abgelehnt.		Es sollte unabhängig vom Alter der Patienten Ausnahmen nur indikationsbezogen möglich sein. Siehe auch Beschreibung zu Satz 5				
§ 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			
			Die Formulierung der KBV, GKV-SV, DKG wird unterstützt		Die Formulierung der PatV ist zu unkonkret				
			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			
					Zustimmung				
KBV, GKV-SV, PatV: 6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der	DKG: 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der	KBV, GKV-SV, PatV		DKG					

			Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;	Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
			Der Formulierung wird zugestimmt. Als hilfreiche Ergänzung würden wir folgenden Zusatz ansehen: (...) soweit möglich Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, die die Spontanatemkapazität und Schluckfunktion begrenzen.	Diese Formulierung wird abgelehnt.	Die Formulierung (gerne incl des ergänzten Zusatzes) macht die Prognose deutlich incl. des Aspekts, warum der Versicherte nicht entwöhnt werden kann.	
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						
			Vorschlag der KBV/GKV-SV wird unterstützt. Struktur der Ermittlung des Patientenwillens sollte konkretisiert werden.		Es sollte sichergestellt werden, dass der Patienten*in objektiv über Risiken und lebenslange Folgen bei Kanülierung/Beatmung informiert und ihm Chancen der Entwöhnung vor seiner Willensentscheidung bekannt sind.	

			...Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens <i>unter Einbezug des potentialeinschätzenden Arztes.</i>			
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			Zusatz wird ausdrücklich unterstützt			
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Ja, sehr sinnvoll			
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			dieser Zusatz wird abgelehnt	Ja, sehr sinnvoll	Ist in Lebensqualität bereits enthalten	Verfahren, bzw. Teilnehmer am Verfahren sollten festgelegt werden. Dies sollten die potentialeinschätzenden Ärzte, Ethikbeauftragter und Angehörige sein
§ 3	Absatz 7 bzw. 8					

§ 3	Abs. 7 bzw. 8		<p>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).</p>			
			<p>Diese Ergänzung wird abgelehnt</p>		<p>Der OPS unterliegt fortlaufenden Änderungen, die nicht an der Thematik der außerklinischen Intensivpflege gekoppelt sind. Daher kann sich die AKI-RL nicht an diesem orientieren</p>	
§ 3	Absatz 8 bzw. 9					
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] einbezogen werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen</p>	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:
			<p>Der Position der KBV, GKV-SV, DKG wird gefolgt.</p> <p><u>Zudem folgender Hinweis 1:</u> Satz 1 lautet: "Im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6] bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten sind insbesondere ..." Dieser sollte umbenannt werden in: "Im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6] bei beatmeten sowie trachealkanülierten Versicherten sind insbesondere ..."</p>		<p>Die Position der PatV ist zu weitläufig.</p> <p><u>Erläuterung zur gewünschten Ergänzung 1:</u> Die Regelungen sollen für alle intensivpflichtigen beatmeten Versicherten sowie für alle trachealkanülierten Versicherten gelten – unabhängig davon, ob sie beatmet sind oder nicht (vgl. auch §3 Abs. 5 bzw. 6)</p> <p><u>Erläuterung zu Hinweis 2:</u></p>	

			<p><u>Hinweis 2 zu Satz 1 Nr. 2:</u> 2.Grund-und Begleiterkrankung einschließlich deren Prognose: hier sollte unseres Erachtens zusätzlich mit aufgenommen werden: „sowie Benennung der (Funktions-)beeinträchtigungen, die eine Dekanülierung verhindern“</p>	Die Formulierung macht die Prognose deutlich incl. des Aspekts, warum der Versicherte nicht entwöhnt / dekanüliert werden kann.		
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])</p>	PatV, DKG	KBV, GKV-SV
			<p>DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			<p>5. Fähigkeit zur Mitarbeit halten wir für sinnvoll;</p>	<p>Ja, sinnvoll</p>		Bereits unter „8“ bei § 3 Abs.6 bzw.

			6. Die Formulierung zum Patientenwillen halten wir von KBV, GKV-SV und PatV für besser und würden diese Formulierung der DKG daher hier ablehnen			7 Satz 1 beschrieben
			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:	GKV-SV:	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 a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Diese Formulierung wird abgelehnt.		Die in der HNO-Facharztausbildung erworbenen Kompetenzen reichen in der Regel nicht aus, um die Vielschichtigkeit intensivpflichtiger Patienten (mit meist neurologischen und internistischen Schwerpunkten) abdecken zu können.	
			KBV, PatV, DKG:	GKV-SV:	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

§ 4	Abs. 1	Satz 3	<p>³Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		
-----	--------	--------	--	---	--	--

			Wird abgelehnt	Dieser Zusatz wird unter- stützt	Damit würden ja alle bis dahin auf- gezählten Qualifikationen obsolet.	
§ 4	Abs. 1	Satz 4	GKV-SV: ⁴ Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 be- darf 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.			
			Dieser Zusatz wird unterstützt		Stellt die Überprüfung der Qualität sicher	
§ 4	Absatz 2					
§ 4	Abs. 2	Satz 1	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ Erfolgt die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege für beatmete Versi- cherte 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fach- ärztinnen und Fachärzte			
			<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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1				

§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Kon- sil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.	
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Jede Verordnung in diesem Bereich ist nur im Rahmen einer persönlichen Untersuchung möglich.
§ 4	Absatz 3 bzw. 4	Die Formulierung Vertragsärzte in Satz 1 sollte ange- passt werden in: Die Erhebung des Potenzials (...) erfolgt abweichend von Absatz 1 durch folgende Vertrags <u>Ärztinnen</u> und Ver- trags <u>Ärzte</u>		Im § 37 c SGB V wird explizit ausgeführt, dass auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte das Potential ermitteln können. Die aktuelle Formulierung könnte Glauben machen, dass die Einschränkungen ausschließlich für Vertrags- ärzte gilt, nicht aber für Ärzte, die nicht an der vertrags- ärztlichen Versorgung teilnehmen. Eine mögliche Argu- mentation für dies Formulierung könnte darin liegen, dass § 37c Abs.1 regelt, dass die nicht an der vertrags- ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zum Zwe- cke der Potentialerhebung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese Herleitung erscheint uns aber so ungreifbar für den Leser der AKI-RL, dass dies nicht adäquat scheint als Begründung dafür, in der AKI hinsichtlich der Potentialeinschätzung nur von Vertrags- ärzten zu sprechen. Die Veränderung der Formulierung hin zu „Ärzte“ stellt sich aus unserer Sicht transparent, eindeutig und ohne Raum für Interpretationen dar. Und gerade dieser Teil der AKI-RL sollte klar und eindeutig formuliert, unmissverständlich und verstehbar sein
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,	

§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	Ergänzung nur mit der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“		Für Verordnungen sollte die beschriebene Qualifikation ausreichend sein, allerdings nicht für die Potentialerhebung	
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
			Ergänzung nur mit der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“		Für Verordnungen sollte die beschriebene Qualifikation ausreichend sein, allerdings nicht für die Potentialerhebung	
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
			Dieser Zusatz wird unterstützt	Dieser Zusatz wird abgelehnt	Die einschlägigen Leitlinien empfehlen, dass die Potenzialerhebung nur von Ärzten durchgeführt werden sollen, die einschlägige Erfahrung in einer qualifizierten Entwöhnungseinrichtung haben (vgl. DGP	

					2017, DGP 2019). Auch im Gesetz-entwurf werden Ärztinnen oder Ärzte genannt, die in einer solchen Entwöhnungseinrichtung tätig sind.
			<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. 		
			<p>Einzufügen als</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fachärzte in zertifizierten Weaningzentren <p>b und e sind abzulehnen.</p>	<p>Unter Einfügung des neuen a. wird sichergestellt, dass die Expertise auch von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zur Potentialerhebung, gemeinsam mit dem verordnenden Arzt, genutzt werden kann. b. und e. sind zu unpräzise in der Beschreibung der Qualifikation des potenzialerhebenden Arztes.</p>	
§ 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>		

			Dies ist aus unserer Sicht abzulehnen. Es müssen die gleichen Qualifikationen gelten wie oben			
§ 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
			Der Formulierung wird zugestimmt			

§ 4	Absatz 5 bzw. 6		
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege			
§ 5	Absatz 1		<p>Die außerklinische Intensivpflege setzt neben der ärztlichen Verordnung auch eine Potentialeinschätzung und einen Behandlungsplan voraus. Von daher Vorschlag:</p> <p><i>1Die außerklinische Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung, <u>eine Potentialerhebung und einen Behandlungsplan voraus.</u></i></p> <p>Mit diesem Zusatz wird der durch § 37 c SGB V und in dieser Richtlinie beschriebene Verordnungsumfang konkretisiert.</p>
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p> <p>Wird unterstützt</p>
§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4	<p>DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)</p> <p>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</p> <p>Wird unterstützt</p> <p>Klarstellung, wie unter § 5 Abs 1 Nr. 1 ergänzt.</p>
§ 5	Absatz 2		

§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Die Dokumentation der Therapieziele sowie der Erörterungsgespräche – jeweils im Verlauf ist für künftige Behandlungen und Einschätzungen hilfreich
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
§ 5	Abs. 5	Satz 1	GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	
			Wird unterstützt	Der G-BA sollte den Behandlungsplan festlegen, da sonst zwei Verträge mit unterschiedlichen Konfliktlösungsmechanismen existieren (Bundesmantelvertrags-Ärzte und Rahmenvertrag Entlassmanagement) und es ungeklärt bleibt, was letztendlich Gültigkeit besitzt.
§ 5	Abs. 5	Satz 2	KBV, DKG, PatV zusätzlich: Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte	
			Sollte entfernt werden	Aufgabe sollte G-BA übernehmen
			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)	
			Sollte entfernt werden	
§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege				

§ 6	Absatz 1					
§ 6	Absatz 2		<p>Es sollte indikationsbezogen im Einzelfall und nach Zustimmung der Krankenkasse möglich sein, auch bis 12 Monaten zu verordnen</p> <p>(2) 1Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden. Nach Genehmigung der Krankenkasse im Einzelfall bis zu 12 Monaten</p>	<p>Es gibt Indikationen, bei denen kein Weaningpotential besteht. Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität ist im § 37 c Abs 2 Satz 7 SGB V geregelt, dass regelhaft alle 12 Monate durch den MDK die Feststellungen überprüft werden</p> <p>Das Ausstellen einer VO für 12 Monate sollte definitiv möglich sein, da es Fälle geben wird, die „endgültig“ sind (z.B. Wachkomapatienten). Auch mit Blick auf den Bearbeitungsaufwand (MD-Auftrag inkl. MiMa) sollte eine langfristige VO möglich sein</p>		
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>	Sollte entfernt werden	Sonderregelungen sind an der Indikation und nicht am Alter des Patienten festzumachen.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen</p>	<p>PatV: [streichen]</p>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Die Streichung wird abgelehnt.	Eine teilweise Übernahme der Behandlungspflege durch angeleitete Angehörige kann zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen und Familien ein Stück „Selbstbestimmtheit“ und Privatatmosphäre ermöglichen.	
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			Diese Abschwächung der Formulierung wird abgelehnt.	„Soll“ sichert keine Verbindlichkeit, die hier erforderlich ist		
§ 6	Absatz 3		Die Frist von drei Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums ist zu kurz. Daher folgender Formulierungsvorschlag: (3) Die Folgeverordnung ist spätestens drei <u>10 Arbeitstage</u> (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.	Die Versorgungszeiträume laufen 6 Monaten. Warum sollten die Folgeversorgungen so kurzfristig zur Genehmigung eingereicht werden. Auch die Krankenkasse, die regelhaft den MD einschalten muss, benötigt einen längeren Vorlauf.		

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

§ 7	Absatz 1					
§ 7	Absatz 2					
§ 7	Absatz 3					
§ 7	Abs 3	Satz 2	<p>KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ²Dabei 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.</p>			
			Wird unterstützt	Stärkt die Intension des § 37c SGB V		
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p>	<p>PatV: ²Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse die Versorgung durch einen Leistungserbringer oder eine von der</p>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>² oder ³ 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.</p>	<p>oder dem Versicherten selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
			<p>Wird als absolut notwendig angesehen</p>	<p>Wird abgelehnt</p>	<p>Die Krankenkasse muss aufgrund ihres Beratungsauftrages in die Organisation der Anschlussversorgung einbezogen werden, um das Risiko einer möglichen Fehlversorgung auszuschließen</p>	<p>In Abstimmung mit der Krankenkasse ist nicht ausreichend. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben ergeben, dass eine Abstimmung zur Notwendigkeit und zum Leistungsort zwingend vor Einbindung eines Leistungserbringers erfolgen muss. Nur so ist eine</p>

						neutrale Beratung/Abstimmung sichergestellt.
§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG

			Wird zugestimmt	Wird abgelehnt	Siehe Begründung zuvor. Folgerichtig
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>		
			<p>Dieser Zusatz steht im Widerspruch zu den vorherigen Ausführungen zu Abs. 4. Die Auswahl des Leistungserbringers sollte die Krankenkasse gemeinsam mit dem Versicherten durchführen.</p> <p>4 oder 5 In Abstimmung mit der oder dem Versicherten nimmt das Krankenhaus <i>die Krankenkasse</i> Kontakt zu einem oder mehreren Leistungserbringern auf, um die Möglichkeit der Weiterversorgung der oder des Versicherten zu klären und den voraussichtlichen Entlasstag abzustimmen.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>		
			<p>Wäre obsolet durch vorherige Änderung</p>		
§ 7	Absatz 5				

§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
			Diese Formulierung wird abgelehnt.	Diese Formulierung wird unterstützt.		
§ 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	<p>Die außerklinische Intensivpflege setzt neben der ärztlichen Verordnung auch eine Potentialeinschätzung und einen Behandlungsplan voraus. Von daher <u>Vorschlag</u></p> <p>(1) Die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung, der Potentialerhebung und des Behandlungsplans beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.</p>	<p>Mit diesem Zusatz wird der durch § 37 c SGB V und in dieser Richtlinie beschriebene Verordnungsumfang als Voraussetzung der Genehmigung konkretisiert.</p>
§ 8	Absatz 2	<p>In § 8 Abs.2 Satz 1 der AKI-RL ist geregelt: „1Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen.“</p> <p>Dieser Abschnitt korreliert mit einem Text in § 37 Abs.2 SGB V: „Ist die Feststellung nach Satz 6 oder die Überprüfung nach den Sätzen 7 und 8 nicht möglich, weil der oder die Versicherte oder eine andere an den Wohnräumen berechnigte Person sein oder ihr Einverständnis zu der nach den Sätzen 6 bis 8 gebotenen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in den Wohnräumen nicht erteilt hat, so kann in den Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erbracht oder gewünscht werden, die Leistung an diesem Ort versagt und der oder die Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden.“</p> <p>In Analogie dazu sollte unseres Erachtens ein weiterer Passus in Abs.2 des § 8 der AKI-RL mit aufgenommen werden. Vorschlag:</p>	<p>Hiermit sollen Fehlanreize vermieden werden.</p> <p>In der Praxis zeigt sich mitunter, dass Versuche, bestehende Potentiale zu heben, abgelehnt werden – mit dem Hinweis, dass, sollte die Entwöhnung erfolgreich sein, und der Patient noch pflegebedürftig sein, die Familie monetär stärker belastet wäre, als wenn sie eine 1:1-Versorgung in der Häuslichkeit über 24 Stunden ohne jegliche Zuzahlung in Anspruch nimmt.</p>

			<p>Wird ein Potential zur Entwöhnung und / oder Dekanülierung erkannt und ist der Versicherte nicht bereit mitzuarbeiten, so kann in den Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem Leistungs-ort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erbracht o-der gewünscht werden, die Leistung an diesem Ort ver-sagt und der oder die Versicherte auf Leistungen an ei-nem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden.“</p>			
§ 8	Absatz 3					
§ 8	Abs.3	Satz 1	<p>DKG, KBV, PatV: fünften</p>	<p>GKV-SV: dritten</p> <p>Diese Regelung wird be-grüßt, wenn die Verord-nung 14 Tage vor Ende des letzten Zeitraums ausgestellt und der Kran-kenkasse eingereicht wird.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>1Die Krankenkasse über-nimmt bis zur Entschei-</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Es sind umfas-sende Prüfungen, Beratungen usw. vorgesehen. Von daher sind die kurzen Fristen bei diesen Leistun-gen, anders als in der RegelHKP, nicht nachzuvoll-ziehen. Zudem müssen vollständige Unterlagen</p>

				<p>derung 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 vollständig korrekt ausgefüllte Verordnung spätestens an dem Dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird – zusammen mit einer aktuellen Potential-einschätzung und dem Behandlungsplan. <u>Dabei ist die Verordnung spätestens 14 Tage vor Ende</u></p>		<p>vorliegen, um die leistungsrechtliche Prüfung vorzunehmen. Eine Leistung kann auch erst dann beginnen, wenn die Krankenkasse einen Vertrag nach § 132 I SGB V mit dem Leistungserbringer abgeschlossen hat.</p>
--	--	--	--	--	--	--

			<u>des letzten Verordnungszeitraums auszustellen</u>	
§ 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, Diese Ergänzung wird abgelehnt.	
			Die aufgelisteten Punkte können zu einer Fehlinterpretation des Leistungsanspruchs führen	
§ 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. Diese Ergänzung wird abgelehnt.	
§ 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			
			Diese Ergänzung wird abgelehnt.	Geeignete Rahmenbedingungen müssen an allen Versorgungsorten vorliegen.		
§ 9	Absatz 6					
§ 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 Erkran-	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 bei-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>kung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>	<p>spielsweise 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>		
			<p>Diese Formulierung wird unterstützt.</p>	<p>Diese Formulierung wird abgelehnt.</p>	<p>In geeigneten Fällen bietet die Rückzugspflege Familien die Möglichkeit selbstbestimmt etwas Privatsphäre zu erhalten. Diese Rückzugspflege sollte gekoppelt sein an eine adäquate Anleitung</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:</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>	<p>GKV-SV</p>

				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].		
			Die Streichung wird abgelehnt.	Diese Formulierung wird unterstützt. Eine Ergänzung um den Passus wird als sinnvoll angesehen: „Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt o der der im Rahmen der Entlassung verordnende Krankenhausarzt tragen die Verantwortung für die		

				außerklinische medizinische Behandlung [...].“		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Diese Formulierung wird abgelehnt.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden	PatV: ¹ 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	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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>		
			Diese Formulierung wird unterstützt.	Diese Formulierung wird abgelehnt.		
§ 10	Absatz 7 bzw. 8					
			KBV, PatV:	DKG, GKV-SV:	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

§ 10	Abs. 7 bzw. 8		¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
			Dieser Formulierung wird zugestimmt			
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.			Die AOK Hessen weist auf ihre hohe Expertise im Bereich der Beatmungsentwöhnung/Dekanülierung hin. Wir haben seit 2019 IV Verträge Weaning durch eine europaweite Ausschreibung mit zertifizierten Weaningzentren in Hessen geschlossen. Schwerpunkt des Vertrages ist die Errichtung von Therapiezentren für außerklinische Beatmung (TAB). In diesen Zentren, die direkt an das Weaningzentrum angeschlossen sind, werden die Patienten direkt im Anschluss nach der Entlassung aus Akutkrankenhäusern oder Phase B Häusern für die Beatmungsentwöhnung/Dekanülierung vorbereitet. Neben einem medizinischen und therapeutischen Ansatz, erhalten die Patienten dort ausreichend Zeit zur „Erholung“ nach der häufigen Odyssee durch viele Krankenhäuser und Intensivstationen. Die enge Zusammenarbeit mit den TABs hat in Hessen zu außergewöhnlich hohen Quoten der Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung geführt. Oft wurde Potential auch bei Patienten festgestellt und umgesetzt, die vorher ohne Potenzial entlassen wurden. Mittlerweile nutzen wir die TABs auch erfolgreich für Patienten, die bereits länger im häuslichem Umfeld versorgt wurden.			

Gerne verweisen wir auf den im Thieme Verlag veröffentlichten Artikel zur Wirksamkeit unseres IV Vertrages:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1207-7731>

Inhalte, Erfahrungen, Erkenntnisse, Ergebnisse unseres Vertrages:

- Bei nahezu jedem Patienten, der in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden soll, veranlassen wir – mit Zustimmung der Familie - eine Potentialprüfung durch Spezialisten ... konkret durch am Vertrag teilnehmende erfahrene Fachärzte der Weaningstationen*
Obwohl seitens der abgebenden Klinik hin und wieder betont wird, dass kein Potential vorläge, stellen die erfahrenen, das Potential einschätzenden Ärzte der beteiligten zertifizierten Weaningzentren in mehr als 50% aller Fälle ein kurz- oder mittelfristiges Potential fest
 - Nahezu alle Patienten, bei denen ein Potential festgestellt wird, werden in ein Therapiezentrum für außerklinische Beatmung (TAB) aufgenommen, das der Klinik unmittelbar angeschlossen ist, das sich durch eine sehr persönliche und wohnliche Atmosphäre auszeichnet, in dem sehr individuell auf den Patienten und die Familie eingegangen wird, das über einen hohen Personalschlüssel verfügt und in dem an 6 Tagen in der Woche diverse Therapien – individuell auf den Patienten abgestellt – durchgeführt werden. Zeiten für Begleitungen des Patienten und der Familien, Spiele, Zusammenkünfte, ... das alles in einem kleinen, sehr persönlichen Rahmen, tragen ihr Übriges bei. Der Aufenthalt kann bis zu 6 Monate umfassen. Die Erfolgsquote, dass Patienten ohne jegliche HKP-Leistung das TAB verlassen liegt bei mehr als 50% und dies nun konstant seit 2 Jahren.*
 - Die Möglichkeit einer Nachsorge und Begleitung für ein 1 Jahr nach der Entlassung ist ebenso in dem Vertrag vorgesehen wie eine Aufnahme zum Zwecke der Anleitung von Angehörigen über 4 Wochen*
- Der Vertrag lässt sehr deutlich erkennen,*
- wie wichtig es ist, dass erfahrene Spezialisten die Potentialeinschätzungen vornehmen sowie*

- wie wichtig es ist, die Patienten nach monatelangen Krankenhauszeiten im direkten Anschluss in ein setting zu überführen, das ihnen ermöglicht, Potentiale zu heben - aufgrund der häuslichen und sehr persönlichen Atmosphäre sowie umfangreicher gezielter und aufeinander abgestimmter Therapien, der Nähe des Weaningzentrums und der Betreuung der erfahrenen Ärzte und nicht zuletzt aufgrund der sehr persönlichen und sehr individuellen Begleitung der Patienten und deren Familien.

Unsere eigenen sehr positiven Erfahrungen mit diesem Vertrag, der die Versorgung in ganz Hessen abdeckt, decken sich mit den Rückmeldungen und der Zusammenarbeit mit den am Vertrag beteiligten Kliniken sowie den Rückmeldungen betroffener Versicherter und deren Familien.



**Stellungnahme zur Erstfassung der
Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)			
23.07.2021			
Betreffende Passage in der AKI-RL	Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
§ 1 Grundlagen			
§ 1	Absatz 1		-----
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte
			Zusatz sollte nicht übernommen werden.
§ 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.
			Formulierung wird unterstützt
§ 1	Absatz 2		
§ 1	Absatz 3		---
§ 1	Absatz 4		-----

BAG-SAPV

§ 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). 	
			Formulierung wird unterstützt	
§ 1	Absatz 5		-----	
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
				„kann“ dient der Klarstellung im Sinne eines Ausschlusses einer Doppelfinanzierung. Die Formulierung „soll“ sollte daher beibehalten werden.
§ 1	Abs. 4	Satz 3	Das Nähere regeln § 37c und §27 SGBV Abs. 1	Der im §27 SGBV geregelte Anspruch auf Palliativversorgung sollte an dieser Stelle mit aufgenommen werden.
§ 1	Absatz 6		-----	
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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</p>	

			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 § 132l Absatz 1 SGB V.			
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1		----			
§ 2	Absatz 2	Satz 1	4. Berücksichtigung und Erhalt der Therapieziele bis zur patientenindividuellen Therapiezielklärung (Übergangsweise)		Eine Beatmung wird häufig in einer lebensbedrohlichen Situation eingeleitet mit dem Ziel eine bestimmte Lebensqualität wieder herstellen zu können. Regelungen zur Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen werden häufig nicht getroffen. Um hier eine 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 der Palliativversorgung berbracht werden können.	
§ 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	GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹ Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

BAG-SAPV

			solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.	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 perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
			GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt			
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					
§ 2	Absatz 6		<p>Es sollte ergänzt werden:</p> <p>Es besteht ein Leistungsanspruch auf eine regelmäßige Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen im Hinblick auf (noch vorliegende) Indikation und den (mutmaßlichen) Patientenwillen. Sollte der Patientenwille nicht bekannt sein, besteht ein Leistungsanspruch auf eine Fallbesprechung zur Eruierung des mutmaßlichen Patientenwillens ggf. unter Einbeziehung von weiteren Leistungserbringern.</p> <p>Zur Erfassung der individuellen und patientenzentrierten Therapieziele sind unter Einbezug der Betroffenen</p>		<p>Eine Beatmung wird häufig in einer lebensbedrohlichen Situation eingeleitet mit dem Ziel eine bestimmte Lebensqualität wieder herstellen zu können. Regelungen zur Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen werden häufig nicht getroffen. Um hier eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung, die insbesondere nicht dem Patientenwillen entsprechen, zu vermeiden sollten die eingeleiteten Maßnahmen überprüft werden.</p>	

		<p>bzw. dessen Vertreter*in geeignete Instrumente sowie hierfür qualifiziertes Personal einzusetzen. Als Orientierung könnte die Leistung des §132g SGBV herangezogen werden. Die getroffenen Therapieziele sind regelmäßig (mind. 1x/Jahr) zu evaluieren, spätestens aber bei Eintritt einer gesundheitlichen Veränderung</p>	<p>Viele Menschen sind ohne entsprechende Unterstützung mit solchen tiefgreifenden Entscheidungen überfordert. Darum ist ein „informierter Konsenzprozess“ notwendig um die Präferenzen der/des Betroffenen herauszuarbeiten und die Betroffenen durch umfassende objektive Information in die Lage zu versetzen, ihre individuellen Behandlungsentscheidungen zu treffen. Aus fachlicher Sicht ist ein qualifizierter Gesprächsprozess analog des § 132g SGB V erforderlich. Dies kann auch in Kooperation mit externen Anbietern für die Gesprächsbegleitung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (§ 132g SGB V) erfolgen. Die Behandlungsentscheidungen sind regelmäßig, mind. 1x/Jahr zu evaluieren, um die sich verändernden Behandlungspräferenzen zu identifizieren und ihnen gerecht werden zu können.</p>
--	--	--	---

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

§ 3	Absatz 1							
§ 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 Vitalfunktionen</p>	<p>PatV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen in den Fällen des § 1 Absatz</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

BAG-SAPV

			<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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist,</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich</p>			
--	--	--	---	---	--	--	--	--

BAG-SAPV

				wobei die ge- nauen Zeit- punkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt wer- den können.	sein kann, wo- bei die ge- nauen Zeit- punkte und das genaue Aus- maß nicht im Voraus be- stimmt werden können.			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöh- nung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht- invasive Beatmung können Verordnungen von außer- klinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Ver- tragsärztin oder der Ver- tragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versi- cherten unverzüglich wei-	PatV: (3) ¹ Zeigt sich bei beat- meten oder trachealka- nülierten Versicherten im Rahmen der Erhe- bung nach Absatz [5 bzw. 6], dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung vor- liegt, leitet die verord- nende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstim- mung mit der oder dem Versicherten in der Regel unverzüglich weitere	GKV-SV, KBV	PatV		

BAG-SAPV

		<p>tere 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4	<p>... ergänzend eine palliativmedizinische Fachkompetenz einzubeziehen</p>			<p>Aufgrund unterschiedlicher Spezialisierung und Behandlungsschwerpunkte sollte zur Intensivmedizinischen Fachkompetenz zusätzlich eine externe Palliativmedizinische Fachkompetenz zum Tragen kommen (Interdisziplinarität)</p>
§ 3	Absatz 3 bzw. 4	<p>Es sollte ergänzt werden:</p> <p>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 oder seines gesetzlichen Vertreters bzw. Bevollmächtigten durch die verordnende Vertragsärztin</p>			<p>Der Wunsch der/s Patient:in hat immer Vorrang, und ist auch unabhängig vom medizinisch pflegerisch gesehenen Bedarf und der Prognose regelhaft zu beachten. Wünsche zu Behandlungsoptionen können sich im Krankheitsverlauf auch unabhängig von der Prognose ändern und sind deshalb regelmäßig zu erfassen.</p>

BAG-SAPV

			oder den verordnenden Vertragsarzt palliativmedizinische Fachkompetenz einzubeziehen. Auch der Wunsch der Betroffenen, unabhängig von Bedarf und einer infausten Prognose, soll zu einer Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz führen. Der Bedarf ist durch regelmäßige Therapiezielklärung qualifiziert zu ermitteln.			
§ 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.			
			Zusatz sollte nicht übernommen werden	Eine persönliche Untersuchung ist auch in der laufenden Behandlung notwendig		
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
			Zustimmung der Ergänzung			
§ 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			

BAG-SAPV

			Erhebung nach Satz 1 zuletzt durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.						
			Zusatz sollte in dieser Form nicht übernommen werden Vorschlag:Satz 10eine erneute Erhebung mindestens alle 12 Monate verpflichtend	eine Verlängerung auf 12 Monate im Satz 5 sollte für Kinder und Jugendliche aufgenommen werden					
§ 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			
			Position KBV, GKV-SV und DKG wird unterstützt						
			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			
		Zustimmung, insbesondere im Zusammenhang mit §132g SGB V	Siehe Begründung siehe §2 Abs.5		
		KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
		Zustimmung	Für Patient:innen, welche nicht mehr in der Lage sind den eigenen Willen zu äußern ist eine ethische Fallbesprechung ein sehr gutes Instrument zu ethisch am besten begründbaren Entscheidungen zu gelangen. Dies entlastet alle Beteiligten im Versorgungsprozess.		
		KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
		Zustimmung			
		PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
		Zustimmung	Kann entfallen	Obwohl Lebensqualität alle Dimensionen des Lebens betrifft ist die explizite Benennung der psychosozialen Faktoren eine Verstärkung	Zusätzlich „geeigneten Verfahren“ ist sehr unspezifisch und beschreibt kein validiertes Verfahren
§ 3	Absatz 7 bzw. 8				

BAG-SAPV

§ 3	Abs. 7 bzw. 8		<p>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).</p>			
§ 3	Absatz 8 bzw. 9					
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] einbezogen werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen</p>	PatV	KBV, GKV-SV, DKG:
			Zustimmung Position KBV, GKV-SV, DKG			
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])</p>	PatV, DKG	KBV, GKV-SV
			<p>DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			Zustimmung Nr.7			

			KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität			
			KBV, GKV-SV, PatV: zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Zustimmung		Siehe §3 Abs.6/7	
			GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren			
			Kann entfallen		Siehe §3 Abs.6/7	
§ 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.			
			Es sollte ergänzt werden: ... unter Einbeziehung eines Leistungserbringers mit palliativen Kompetenzen		Der Rechtsanspruch aus §27 SGBV auf Palliativversorgung sollte Berücksichtigung finden. Um einen palliativen Blickwinkel auf die Krankheitssituation mit einzubringen werden hierzu Kompetenzen aus dem palliativen Bereich benötigt.	
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte						
§ 4	Absatz 1		Neben Kassenärzten und Kassenärztinnen auch gleichermaßen qualifizierte Ärzte und Ärztinnen der SAPV			
§ 4	Abs. 1	Satz 1	5. oder Zusatzbezeichnung Palliativmedizin			

BAG-SAPV

§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV		
			Zustimmung					Die Auflistung ist nicht vollständig, es fehlen die Schwerpunkte Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.					
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinder-	KBV, PatV, DKG	GKV-SV		

			<p>teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>ärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>			

BAG-SAPV

§ 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>	
			Für Kinder und Jugendliche	Zusätzlich Schwerpunkte Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
§ 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		Ergänzend pädiatrische Intensivmedizin	
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>	

			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
			<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. 			
§ 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</p>			

BAG-SAPV

			<p>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 Arzt-suche 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,

BAG-SAPV

§ 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.			
			Zustimmung			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV:	PatV:	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungs-ort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	<i>[streichen]</i>		

§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.]	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 Ver-	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

BAG-SAPV

			<p>² oder ³Die 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.</p>	<p>sorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für</p>	GKV-SV, KBV	DKG

				die Auswahl eines Leistungserbringers dar		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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.</p>			
§ 7	Abs. 4	Satz 7	<p>DKG zusätzlich: ⁷Diese Abstimmung beinhaltet ggf. auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen.</p>			
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	<p>DKG: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV: ²Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.</p>	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

BAG-SAPV

§ 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					
			PatV zusätzlich:			

BAG-SAPV

§ 9	Abs. 1	Satz 2	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.			
§ 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					
§ 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	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

BAG-SAPV

			<p>durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
			Stimmen Streichung zu, jedoch sollte die Mitverantwortung/ die Mitwirkung des koordinierenden Anteils der Versorgung geregelt werden	... trägt die Anordnungsverantwortung einschließlich der Instruktions- und Überwachungspflicht. Die Durchführungs- und Übernahmeverantwortung trägt die jeweils durchführende Pflegefachkraft	Die sektorenübergreifende Koordination ist für die Patient:innen und deren Angehörigen sehr wichtig. Der Aspekt sollte formuliert werden im Zusammenhang mit den Leistungserbringern nach §132 I SGB V.	
§ 10 Absatz 1 bzw. 2						
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

BAG-SAPV

	Abs. 1 bzw. 2					
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 3	... mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung in Verbindung der damit verbundenen Krankheitsphase.			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 4	GKV-SV zusätzlich: wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
			Es sollte ergänzt werden: Die beschriebene Netzwerkarbeit bzw. Koordination bezieht sich ausschließlich auf den Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege.		Die beschriebene Leistung kann keine fremden wie z.B. die Netzwerkarbeit oder die Koordination von Leistungserbringern aus dem Bereich der Hospizarbeit oder Palliativversorgung ersetzen.	
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

BAG-SAPV

			darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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:
Streichung der Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses nach Ablauf der Übergangsphase	entfällt		entfällt	
Ergänzung der Bemerkungsspalte in Ziffer 8 des Leistungsverzeichnisses	Keine Änderung		Der Leistungsanspruch auf Leistungen der Palliativpflege (HKP RL 24a) und aller Leistungsbestandteile der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gem. § 132d SGB V bleiben hiervon unberührt.	
Streichung der Sätze 2 bis 5 in § 1 Absatz 7 nach Ablauf der Übergangsphase	<p>Es sollte ergänzt werden:</p> <p>Leistungen der Palliativpflege (HKP RL 24a) und/oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gem. § 132d SGB V sind regelmäßig verordnungsfähig.</p>		<p>Bei den Versorgungen der Palliativpflege (24a) und/oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) handelt es sich um Leistungen, die über die normale Regelversorgung hinaus gehen. Vor dem Hintergrund können diese Leistungen weder der einfachen Behandlungspflege zuzuordnen sein noch aufgrund des § 10 der Werkstättenverordnung oder im Sinne von § 43a SGB XI Aufgaben der Einrichtungen oder Räumlichkeiten sein.</p>	
Sonstiges	Grundsätzlich sollte eine frühzeitige Vernetzung mit Angeboten der Hospizarbeit und Palliativversorgung erfolgen. Eine Außerklinische Intensivpflege darf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (auch für Kinder und Jugendliche) nicht ausschließen.			

zu §1 Grundlagen

In den tragenden Gründen zum Beschlussentwurf ist auf Seite 6 eine Einordnung der Patienten*innen in 3 Untergruppen vorgenommen worden. Hier sollte bei diesen Eingruppierungen eine weitere „Einteilung“ vorgenommen werden, die den Bewusstseinszustand der Patient*innen berücksichtigt.

Bei allen Patienten und Patientinnen, die nicht in der Lage sind, ihre Zustimmung persönlich zu einer Fortführung der Intensivpflegemaßnahmen zu geben (sei es aufgrund einer erheblichen Hirnschädigung, z. B. nach Blutung oder sonstigen Einschränkungen des Bewusstseins), sollte in den ersten 2- 4 Wochen nach Aufnahme der außerklinischen Intensivpflege ein Ethikgespräch durchgeführt werden. Das Ziel muss sein den in diesem Fall mutmaßlichen Patientenwillen festzustellen und im Rahmen einer entsprechenden weiteren Therapieplanung umzusetzen.

Die Erhebung des Patientenwillens und die Ermittlung der Lebensqualität ist für alle Patienten und Patientinnen, die einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben, wesentlich und sollte, im Sinne von vorausschauender Therapieplanung, im Krankheitsverlauf fortlaufend besprochen werden. Das Zustimmungsrecht zu Invasiven Maßnahmen darf bei dieser Patientengruppe nicht unberücksichtigt bleiben. Dies sollte durch entsprechend geschulte Personen, ergänzend zur Außerklinischen Intensivpflege, von außerhalb erfolgen.

**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 Beschlusentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

		Deutscher Caritasverband e.V.	
		21. Juli 2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL		Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.
§ 1 Grundlagen			
§ 1	Absatz 1	Die Caritas unterstützt ausdrücklich die Ausführungen der PatV zur Heterogenität der Personengruppen, die der außerklinischen Intensivpflege bedürfen. Nach den Übergangsregelungen soll in der Richtlinie mit Wirkung zum 31.12.2023 die Verordnung nach Nr. 24 der derzeitigen HKP-Richtlinie von „spezieller Krankenbeobachtung“ gestrichen werden. Damit würde der Personenkreis, der künftig Anspruch auf AKI hat, unzulässig	Allen Patientengruppen mit Anspruch auf AKI ist gemeinsam, dass sie bei lebensbedrohlichen Situationen, die jederzeit unvorhersehbar auftreten können, sofortiger pflegerische und/oder ärztliche Intervention bedürfen. Mit der Richtlinie ist somit sicherzustellen, dass der bisherige Rechtsanspruch auf Versorgung bei besonders hohem Bedarf an med. Behandlungspflege nicht auf den großen Patientenkreis der beatmeten,

			beschränkt werden. Beispiele sind z.B. Menschen mit schweren epileptischen Erkrankungen, bei denen jederzeit lebensbedrohliche Schluckstörungen auftreten können.	trachealkanülierten Personen im weiteren Sinne und auf solche beatmeten Personen, für die im engeren Sinne ein Weaning-Potenzial besteht, eingegrenzt werden darf.
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte	
			Unterstützung Vorschlag PatV	Satz 3 i.d.F. der PatV bringt zum Ausdruck, dass med. Behandlungspflege zwar überwiegend eine Vorbehaltstätigkeit von Pflegefachkräften ist, dass jedoch einfache med. behandlungspflegerische Maßnahmen auch von Pflegekräften unter Verantwortung der PDL durchgeführt werden können. Satz 3 beschreibt somit die med. Behandlungspflege im Allgemeinen, während der darauffolgende Satz 4 zu Recht ausführt, dass AKI eine Vorbehaltstätigkeit von Pflegefachkräften sein muss.
§ 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.	
			Unterstützung Pos. GKV-SV/DKG/KBV	Die Pflegefachkräfte bedürfen einer besonderen Qualifikation. Diese wird nicht in der Richtlinie nach § 37c, sondern in den Rahmenempfehlungen nach § 132I geregelt, wie der nachfolgende Satz 6 ausführt.

Kommentiert [RN1]: Das wäre eigentlich die Begründung.

§ 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>Unterstützung der Position von KBV/DKG/GKV-SV mit einer wesentlichen Modifizierung: Streichung von „regelmäßig wiederkehrend“ in Nummer 2</p> <p>Die nähere Definition der Anforderungen an die „sonstigen geeigneten Orte“ ist positiv zu sehen, um die Genehmigung von AKI durch die Krankenkassen insbesondere für Menschen mit Behinderung zu erleichtern. Die Streichung der Voraussetzung, dass Menschen geeignete Orte „regelmäßig wiederkehrend“ aufsuchen müssen, schränkt den Teilhabeanspruch von Menschen mit Behinderung nicht hinnehmbar ein, denn sie bedürfen z.B. auch der Versorgung während Freizeitaktivitäten an Orten, die sie nicht regelmäßig wiederkehrend, sondern nur situativ aufsuchen.</p>

§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
			Keine Unterstützung Position PatV.	Außerklinische Intensivpflege ist eine ambulante Leistung. Sie kann daher weder während eines Krankenhausaufenthalts noch bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung oder bei Rehaaufenthalt verordnet werden.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
			Der Vorschlag der DKG wird unterstützt.	Absatz 7 und 8 dienen der Rechtsklarheit. Leistungen der AKI können nur von Leistungserbringern erbracht werden, die Verträge mit den Krankenkassen nach § 132I Absatz 5 abgeschlossen haben. Dies setzt den Abschluss der Vereinbarung von Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 voraus. Zu welchem Zeitpunkt die

					Verträge abgeschlossen werden können, ist damit offen; gleichzeitig müssen auch in dieser Phase Verordnungen von AKI möglich sein. Dies stellen die Absätze 7 und 8 klar.	
§ 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 un- 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	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

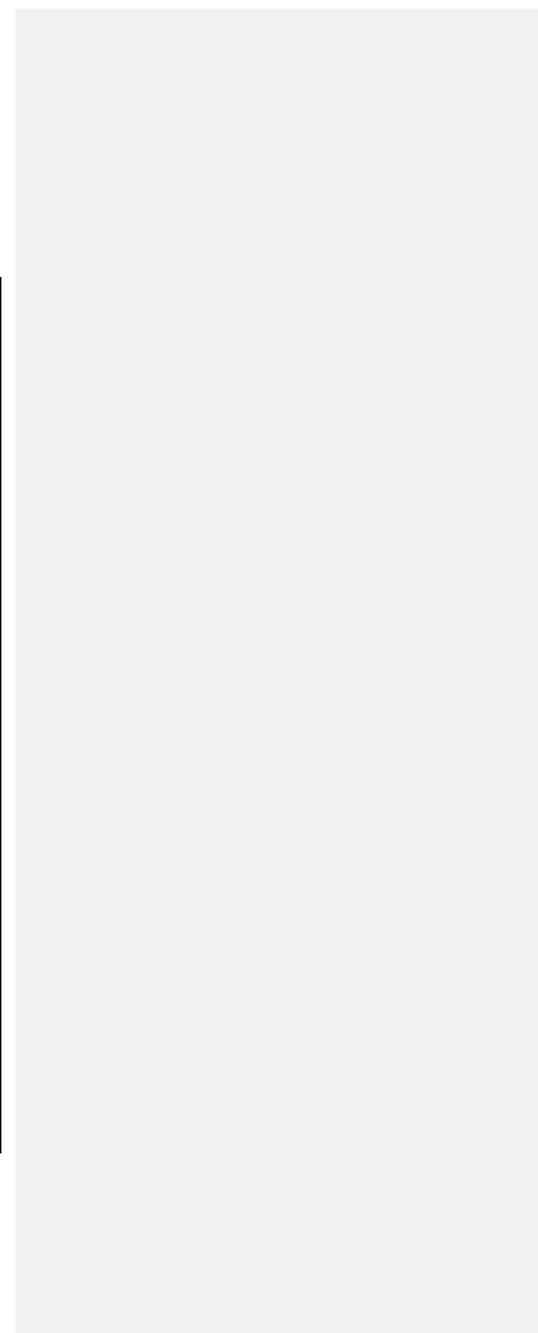
			nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.		
			Unterstützung Position GKV-SV/KBV/PatV mit Modifizierung von Satz 1: „Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung, sofern die Erkrankungen des Versicherten eine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung ihrer Funktionsstörungen durch diese Maßnahmen haben. “	Eine Optimierung des Dekanülierungs- oder Weaningpotenzials muss eine zentrale Zielsetzung der AKI sein. Die Richtlinie muss dabei jedoch hinreichend zwischen Patientengruppen mit und ohne solchen Potenzialen differenzieren.	
§ 2	Absatz 4				
§ 2	Absatz 5				
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege					
§ 3	Absatz 1				

§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</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 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 Pfl-</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV
-----	--------	--	--	--	--	-----	-------------	------

			<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>gefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
					<p>Unterstützung Position PatV</p>			<p>Die Richtlinie darf auch künftig nicht nur beatmete und trachealkanü-</p>

								<p>lierte Versicherte adressieren. Eine Verengung auf den Personenkreis der beatmungspflichtigen Personen würde den bisherigen Rechtsanspruch auf „spezielle Krankenbeobachtung“ nach Nr. 24 der HKP-Richtlinie ansonsten unzulässig konterkarieren. Auch Patientengruppen, die nicht täglich, aber regelmäßig und vor allem unvorhersehbar, Bedarf an pflegerischer und/oder med. Intervention aufgrund lebensbedrohlicher Störungen ihrer Vitalfunktionen haben, müssen weiterhin Anspruch auf AKI haben. Beispiele sind Patient_innen mit schwerer Epilepsie und lebensbedrohlichen Schluckstörungen oder Versicherte mit apalli-</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>schem Syndrom, bei denen das Tracheostoma geschlossen wurde, die aber dennoch weiterhin Schluckstörungen haben, die zwar nicht täglich, aber immer wieder die sofortige Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen.</p> <p>Zudem muss der Rechtsanspruch auf AKI auch nach erfolgreichem Weaning nach der Besonderheit des Einzelfalls bestehen, zum einen zur Nachsorge, zum anderen, weil z.B. gerade auch Kinder nach einer Phase, in der sie wieder selbständig atmen konnten, wieder beatmet werden müssen, z.B. in Folge eines Infekts. Die individuellen Umstände der Patient_innen müssen daher von den</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--



								Formulierungen der Richtlinie abgedeckt sein.
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	GKV-SV, KBV	PatV		

			in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. ³ 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.	entwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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					
§ 3		Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG

	Abs. 5 bzw. 6		Position GKV/KBV wird unterstüzt		Die frühzeitige Prüfung des Potenzials zur Reduzierung der Beatmung bzw. vollständigen Dekanülierung dient der Überprüfung und ständigen Optimierung der Therapie.	
§ 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.			
			Position wird unterstüzt.		Eine regelmäßige Erhebung der Potenziale verbessert die Versorgung von Langzeitbeatmeten. Eine solche Erhebung sollte spätestens alle 6 Monate erfolgen.	
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
			Position der PatV wird ausdrücklich unterstüzt.		Die Richtlinie muss die Situation derjenigen Menschen mit Behinderung besser berücksichtigen, die aufgrund ihrer Erkrankungen kein Potenzial zur Dekanülierung oder Entwöhnung aufweisen. Daher bedarf es einer expliziten Aufnahme der Ausnahmen von der Ausschöpfung des Weaningpotenzials in den Sätzen 10 und 11.	

					<p>Eine regelmäßige Prüfung des Weaning-Potenzials bei Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankungen lebenslang keinerlei Potenzial aufweisen, ist für diese Patient_innen sogar eine psycho-soziale Belastung, die es im Sinne der Lebensqualität und der Stärkung des Selbstbilds zu vermeiden gilt. Eine solche regelmäßige Überprüfung ist auch medizinisch nicht zumutbar, da sie überwiegend mit Einweisung ins Krankenhaus verbunden sein wird, da es nicht genügend qualifizierte niedergelassene Ärzte insbesondere in ländlichen Regionen gibt. Dies stellt eine unzumutbare Härte für die Betroffenen dar. Es reicht aus, wenn die Ärzt_innen im Behandlungsplan erheben, wann sich der/die Versicherte zwecks Therapiekontrolle erneut vorstellen soll.</p> <p>Die Caritas weist darauf hin, dass der Gesetzgeber eine Prüfung des Weaning-Potenzials vor jeder Verordnung verfügt hat. Es bedarf daher einer dringenden gesetzlichen Änderung unverzüglich zu Beginn der 20. Legislaturperiode.</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			
Position PatV wird unterstützt.		Wie bereits ausgeführt, weist nicht jeder Patient/jede Patientin, der/die Anspruch auf eine Verordnung von AKI hat, eine Indikation zur Beatmung auf.	
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
Position von KBV/GKV-SV und PatV wird unterstützt			
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)			
			Position wird unterstützt.	Ein Ethik-Fallgespräch ist nichtregelmäßig, aber ggf. notwendig, vor allem bei einer möglichen Beendigung der Beatmung.		
			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
			Unterstützung der Position PatV		Für die Lebensqualität spielen die psycho-sozialen Faktoren eine große Rolle.	
§ 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).			

			Unterstützung DKG/KBV/PatV	Position		<p>Mit der Beschreibung im OPS liegt bereits eine Regelung der Anforderungen an die Potenzialerhebung im Rahmen des Entlassmanagements vor. Insoweit reicht ein Verweis auf den OPS aus und es ist nicht notwendig, für dieses Setting in der vorliegenden Richtlinie Regelungen zu treffen. Für die Anwender_innen im Krankenhaus gewährleistet der dynamische Verweis Rechtssicherheit und Verständlichkeit. Mit ihm werden zeitaufwändige bürokratische Abgleiche vermieden und eine Konsistenz des Leistungsgeschehens erreicht. Es besteht keine Notwendigkeit, dass der GBA für die stationäre Leistungserbringung von der amtlichen Klassifikation abweichende Vorgaben festlegt.</p>	
--	--	--	-------------------------------	----------	--	--	--

§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			Vorschlag KBV/PatV/DKG wird unterstützt		Kinder- und Jugendärzt_innen sind Teil der hausärztlichen Versorgung, insofern kommt ihnen bei der Verordnung von AKI eine Schlüsselrolle zu (zur Begründung der Einbeziehung der Hausärzt_innen s. unten).	
			<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</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>³Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklini-</p>	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>sche Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		
			<p>Vorschlag KBV/DKG/PatV wird unterstützt.</p>		<p>Hausärzt_innen sind unbedingt in die Versorgung einzubeziehen, weil sie die-</p>	

					Lebensumstände ihrer Patient_innen kennen und den Bedarf an AKI gut einschätzen können. Sie müssen daher in die Versorgung von Intensivpflegepatient_innen einbezogen werden.	
§ 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.			
			Vorschlag GKV wird abgelehnt.	Eine solche Voraussetzung setzt die Hürden so hoch, dass sich keine niedergelassenen Ärzt_innen mehr finden.		
§ 4	Absatz 2					
§ 4	Abs. 2	Satz 1	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte <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, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.
			Grundsätzlich weist die Caritas darauf hin, dass die Richtlinien nicht abschließend regeln darf, welche Arzt- gruppen besonders für die Verordnung von AKI qualifi- ziert sind, da der Gesetzgeber keine abschließende Re- gelung getroffen hat. Daher soll in Satz 2 noch das Wort „insbesondere“ eingefügt werden.
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1	
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Kon- sil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.
§ 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,

			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
				Vorschlag KBV/DKG/PatV wird unterstützt.		Eine mindestens 18monatige Erfahrung und Fachkompetenz in der Beatmungsentwöhnung in einer spezialisierten Weaning-Einheit ist sachgerecht; die von der GKV geforderte mindestens 3jährige einschlägige Tätigkeit hingegen setzt die Qualifikationsanforderungen zu hoch an.
			PatV zusätzlich: , b. in der neurologischen Frühreha Phase B,			

			<p>c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum, d. in einem neuromuskulären Zentrum oder e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>
§ 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>
			<p>Vorschlag DKG/KBV/PatV wird unterstützt.</p> <p>Mit der entsprechenden Beschreibung im OPS liegt bereits eine Regelung der Anforderungen an die Potenzialerhebung im Rahmen des Entlassmanagements vor. Insofern reicht ein Verweis auf den OPS aus und es ist nicht notwendig, für dieses Setting in der vorliegenden Richtlinie Regelungen zu treffen. Für die Anwender_innen im Krankenhaus gewährleistet der vorliegende dynamische Verweis Rechtssicherheit und Verständlichkeit. Mit ihm werden zeitaufwändige bürokratische Abgleiche vermieden und eine Konsistenz des Leistungsgeschehens erreicht.</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>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>
			<p>Vorschlag PatV/GKV-SV wird unterstützt.</p>		<p>Die barrierefreie Veröffentlichung der besonders für die AKI qualifizierten Vertragsärzt_innen ist insbesondere für den Personenkreis der Menschen mit</p>	

					Behinderung zentral. Daher muss Barrierefreiheit ein Kriterium für die Veröffentlichung sein.	
§ 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					
			GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren			

§ 5	Abs. 2	Satz 2		
§ 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		Die Befristung der Erstverordnung auf 5 Wochen ist abzulehnen. Die Frist ist zu kurz bemessen. Wenn die Krankenkassen die Folgeverordnung ablehnen, können Versorgungslücken bei der Anschlussversorgung entstehen. Die Erstverordnung sollte für 3 Monate ausgestellt werden können.	

§ 6	Absatz 2					
§ 6	Abs. 2	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:²Insbesondere 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.</p>			
			<p>Vorschlag der PatV wird unterstützt. Ergänzung des folgenden Satzes: „Die Folgeverordnung soll auch dann für längstens 12 Monate ausgestellt werden können, wenn bei erwachsenen Versicherten kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist“.</p>	<p>Eine längere Folgeverordnung ist insbesondere bei Kindern und Jugendlichen indiziert, wenn ein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial besteht oder auch, wenn der/die Patient_in nicht beatmet oder trachealkanüliert ist. Zusätzliche Arztbesuche, die nicht medizinisch notwendig sind, stellen insbesondere für Kinder und Jugendliche eine hohe Belastung dar, die es zu vermeiden gilt. Da die Fallkonstellation, dass Patient_innen nicht entwöhnt oder dekanüliert werden können, auch bei Erwachsenen vorliegen kann, sollte für diese Fallkonstellation gleichermaßen die Möglichkeit einer für 12 Monate geltenden Folgeverordnung gegeben sein.</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</p>	<p>PatV: <i>[streichen]</i></p>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
			Die Position von KBV/PatV wird unterstützt. Zu ergänzen ist: „Unabhängig von der Dauer der Verordnung soll die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt regelmäßig den Zustand der oder des Versicherten auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung oder im Rahmen von Telemonitoring überprüfen.“	Televisiten mit Telemonitoring können die Weiterbetreuung in der Häuslichkeit unterstützen, sofern technisch möglich und von den Versicherten gewünscht, z.B. um Probleme bei der Abweichung von im Behandlungsplan definierten Grenzwerten zeitnah beheben zu können oder auch, um Fallkonferenzen durchführen zu können.		
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³ 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			Der Vorschlag von DKG/GKV-SV und KBV wird unterstützt.		Um Versorgungsbrüche nach Krankenhausentlassung zu vermeiden, z.B. aufgrund von Differenzen in Bezug auf den geeigneten Leistungsort oder fehlende Leistungskapazitäten, ist ein strukturiertes gemeinsames Vorgehen von Krankenhaus, Krankenkasse und Leistungserbringern nach § 132I SGB V bereits im Vorfeld der Entlassung notwendig.	
§ 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 Leistungser-	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 Leistungser-	GKV-SV, KBV	DKG

			bringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen.	bringer, 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		
§ 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.			

			Position DKG wird unterstützt.		Es ist sinnvoll, dass die Krankenkasse den Versicherten/ die Versicherte unterstützt, indem sie nicht nur geeignete Leistungserbringer, sondern dabei auch deren Versorgungskapazitäten berücksichtigt.	
§ 7	Absatz 5					
§ 7	Abs. 5	Satz 2	DKG: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
				Position GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.		Eine bestehende Verordnung soll nach Krankenhausaufenthalt nur dann weiterhin gültig sein, wenn die Voraussetzungen wirklich unverändert vorliegen. Die Formulierung der DKG in Bezug auf

						„im Wesentlichen“ unveränderte Voraussetzungen lässt viel Interpretationsspielraum und birgt somit Konfliktpotenzial.
§ 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

			Die Position von DKG/KBV/PatV wird unterstützt.		Es braucht ausreichend Zeit für die Suche nach einem geeigneten Leistungserbringer. Die von der GKV vorgeschlagenen 3 Arbeitstage sind deutlich zu kurz bemessen.	
§ 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.			
			Die Position der PatV wird abgelehnt.		Nach § 9 Abs. 2 Satz 1 des bereits geeinten AKI-RL Entwurfs beinhaltet die außerklinische Intensivpflege alle	

				<p>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. Ein zusätzlicher Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht während der Stunden, in denen die außerklinische Intensivpflege erbracht wird. Dies halten wir sachlich für richtig.</p> <p>§ 9 Abs. 3 Satz 1 trifft ergänzend dazu Aussagen für den Fall, dass die außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht wird. Hier 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.</p> <p>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.</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					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>	<p>der oder des Versicherten auch bei einem 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>		
				<p>Die Position der PatV wird unterstützt.</p>		<p>Das Konzept der Rückzugspflege, das von GKV/KBV und DKG unterstützt wird und das eigentlich ein Begriff aus der HKP ist, darf nicht dazu führen, dass die Versorgung auf An- und Zugehörige verlagert wird und der Leistungsanspruch eingeschränkt wird. Zudem widerspricht das</p>

						<p>Konzept der Rückzugspflege 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>
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV:	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				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].		
			Die Position von KBV/DKG und PatV zur Streichung des Absatzes 1 wird unterstützt.		Für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit AKI bedarf es der Zusammenarbeit von ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Fachpersonal auf Augenhöhe und im Rahmen eines Netzwerkgedankens. Dies kommt im nachfolgenden Absatz zum Ausdruck.	

§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Position der PatV wird unterstützt.		Der aktiven Beteiligung des/der Versicherten kommt für die Adhärenz und den Therapieerfolg eine ganz entscheidende Rolle zu.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
			Position der PatV wird unterstützt.		Teambesprechungen sollten auch unter Beteiligung der An- und Zugehörigen erfolgen. Dies gilt vor allem bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.	
§ 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
			Die Position von KBV/DKG/PatV wird unterstützt.		Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen sollten erfolgen, wo geboten, aber nicht verpflichtend sein, wie vom GKV-SV gefordert.	
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen	PatV: ¹ Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

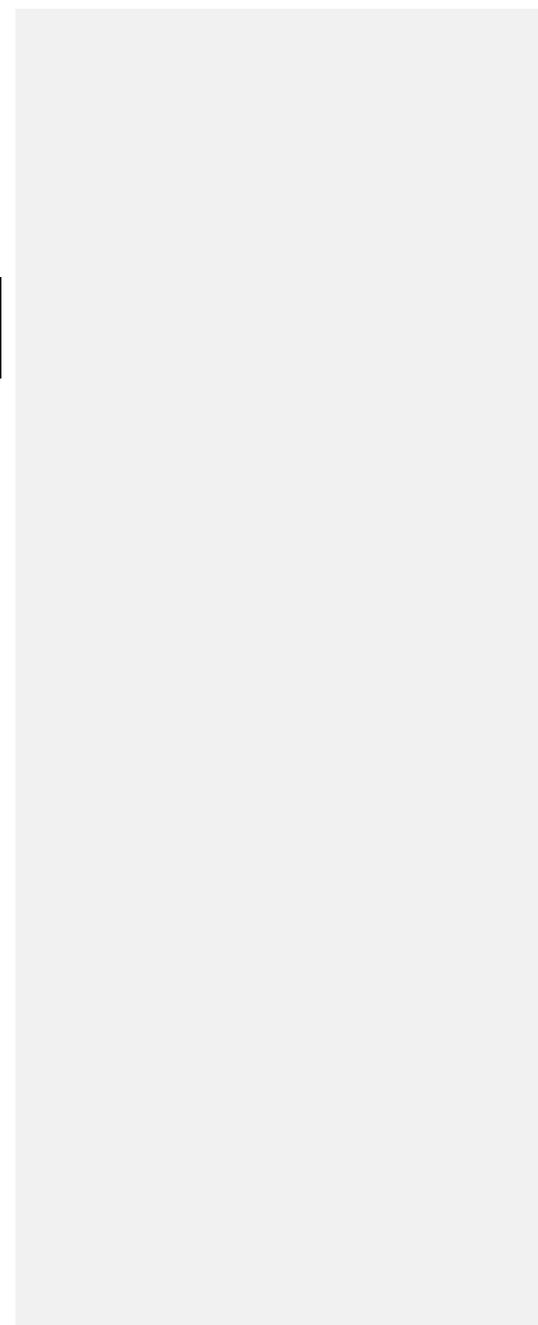
			<p>Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen.²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes 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>diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung 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>		
				Die Position der PatV wird unterstützt.		Das Konzept der Rückzugspflege, das von

						GKV/KBV und DKG unterstützt wird, darf nicht dazu führen, dass die Versorgung auf An- und Zugehörige verlagert wird und der Leistungsanspruch eingeschränkt wird. 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.
§ 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	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

				verordnenden Vertrags- arzt		
			Die Position von KBV/PatV wird unterstützt.			
Anhang Behandlungsplan	GKV-SV Inhalte des Behandlungs- plans als Bestandteil der Richtlinie	PatV, KBV, DKG: Behandlungsplan nicht als Bestandteil der Richt- linie vorsehen.	GKV-SV	PatV, KBV, DKG:		
		Die Position von PatV/KBV/DKG wird un- terstützt.		Die vom GKV im Anhang „Behandlungsplan“ be- schriebenen Inhalte leis- ten keinen Beitrag zur vom GKV-SV in den tra- genden Gründen gefor- derten Spezifizierung. Der Anhang „Behandlungs- plan“ ist somit entbehr- lich.		
Sonstiges Bitte nutzen Sie das neben- stehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellung- nahme.						



Berlin, 21. Juli 2021/Dr. Elisabeth Fix



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.

			VDAB e.V.
			21.07.2021
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
§ 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.

§ 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).
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5		PatV: kann soll

		Satz 1/ Satz 2	Wir unterstützen den Vorschlag der PatV	Den Notwendigkeiten von behandlungspflegerischen Leistungen ist Sorge zu tragen. Versicherte müssen grundsätzlich die Möglichkeit einer optimalen individuellen Versorgung haben. Dem wird nur Sorge getragen, wenn dem Vorschlag der PatV gefolgt wird. Abs. 5 Satz 3 sorgt an dieser Stelle auch schon ausreichend dafür, dass kein Automatismus entsteht und eine bestmögliche Versorgung sichergestellt werden kann.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p> <p>Der Vorschlag der DKG ist abzulehnen.</p>	<p>Der Vorschlag widerspricht den Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a SGB V und würde in seiner Umsetzung zu einem massiven Einschnitt der Versorgungssicherheit führen. Leistungserbringer nach § 132a SGB V sind bestens qualifiziert und können nicht als „Notlösung“ für Leistungserbringer nach § 132i SGB V dienen.</p>

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege						
§ 2	Absatz 1					
§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur indivi-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>duellen 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

				genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
						Wir bitten um die Übernahme von § 4 Abs. 2 der BRE § 132a SGB V		
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
§ 3	Abs. 3		GKV-SV, KBV: (3) ¹ Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ² Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versi-	PatV: (3) ¹ 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 Versi-	GKV-SV, KBV	PatV		

			<p>cherten 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>cherten 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>		
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5					
§ 3		Satz 1	PatV zusätzlich: oder dass ihm oder ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.			

	Abs. 4 bzw. 5					
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 3	Absatz 6 bzw. 7					
§ 3		Satz 1	PatV: sollen [...] erhoben werden	KBV, GKV-SV, DKG:	PatV	KBV, GKV-SV, DKG

Abs. 6 bzw. 7			sind insbesondere [...] zu erheben			
	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 Aspirationsscreening 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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.		
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ul style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ul style="list-style-type: none"> 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte			
			1. für Innere Medizin und Pneumologie,			

			<p>2. für Innere Medizin und Kardiologie, 3. für Anästhesiologie, 4. für Neurologie, 5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, 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	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>			
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>			
			<p>GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit</p>	<p>GKV-SV</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p>

			jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
§ 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</p>			

			richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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.	

§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
				Der VDAB unterstützt diese Position.		Im Rahmen der Versorgung muss der Wille des

						Versicherten Priorität haben. Einschränkungen hinsichtlich der Wahl des Leistungserbringers sind grundsätzlich abzulehnen.
§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			voraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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.			
§ 9	Absatz 3					
§ 9	Absatz 4					
§ 9	Absatz 5					
			PatV zusätzlich: an den in § 1 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Orten von den Leistungserbringern			

§ 9	Abs. 5	Satz 1				
§ 9	Absatz 6					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ²Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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. ²Der 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. ³Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach</p>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

				§132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.		
§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				Verfahrens zur Potenzial- erhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 3	KBV, DKG, PatV: kommt hierbei eine besondere Be- deutung zu	GKV-SV: sind verpflich- tend	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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung	PatV: ¹ Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit 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>die fachgerechte Versorgung 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 § 132l 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.						

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.

			Deutsche PalliativStiftung		
			23.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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: /Pflegerkräfte		
			DPS		Der Begriff „Pflegerkräfte“ würde jegliche Personen umfassen, die pflegen. Auch solche ohne jede Sachkenntnis. Allerdings ist aufgrund der IST-Situation zu bedenken, dass im außerklinischen, nicht häuslichen,
			Abzulehnen		

			<p>Vorschlag DPS zur Ergänzung:</p> <p>„... der Patientensicherheit nur durch geeignete Pflegefachkräfte persönlich oder unter deren Überwachung und Verantwortung erbracht werden.“</p>	<p>sondern stationären Bereich sehr wohl Pflegekräfte nach Anleitung und unter Überwachung von Pflegefachkräften solche Leistungen erbringen können müssen.</p>
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<p>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich: ⁵Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p>	
			<p>Wird von der DPS unterstützt</p>	<p>Gerade in der AKI ist es für die Patientensicherheit wichtig, dass Pflegekräfte, die für die Unversehrtheit der Patienten alleine vor Ort verantwortlich sind, eine angemessene Qualifikation mitbringen.</p>
§ 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>Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden</p>	<p>Entspricht den Voraussetzungen der Leistungserbringung nach dem SGB und ist im Sinne der Patientensicherheit erforderlich</p>
§ 1	Absatz 5		<p>DPS. Wichtig zu ergänzen</p> <p>⁴Für Abwesenheitszeiten wird in stationären Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege eine verminderte Vergütung gezahlt. Es gelten die Abwesenheitsregelungen des Rahmenvertrages zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten in Einrichtungen der vollstationären Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung.</p>	<p>In Zeiten der Abwesenheit wird der Platz freigehalten und nicht belegt. Die Personal- und weitere Unterhaltskosten laufen trotzdem weiter. Es ist im Vorfeld nicht absehbar, ob es sich um wenige Tage oder im Falle einer Rehabilitation oder eines Weanings um eine längere Abwesenheit handeln wird. Die Richtlinie sieht regelmäßige Vorstellungen in spezialisierten stationären Einrichtungen (z.B. Weaningzentrum, Dysphagiezentrum) vor. Es ist mit sehr viel mehr Abwesenheiten als in der Vergangenheit zu rechnen. Die Wirtschaftlichkeit und Existenz der Einrichtungen sind in Gefahr.</p>
§ 1	Abs. 5		<p>PatV: kann soll</p>	

		Satz 1/ Satz 2	Wird von der DPS unterstützt	Der Begriff „soll“ lässt offen, dass es im Ausnahmefall eben doch erforderlich und möglich ist. Zum Beispiel, wenn ein beatmeter Patient für kleinere Untersuchungen oder Eingriffe auf einer Normalstation in einer Klinik der Grundversorgung stationär aufgenommen wird, auf der die Beatmung sonst nicht gewährleistet werden kann.
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
			Wird von der DPS unterstützt	Eine sinnvoll begrenzte Übergangsfrist ist erforderlich, um die Patientenversorgung zu gewährleisten.
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			
§ 2	Absatz 2			

§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
			<p>Version der GKV-SV usw. wird von der DPS unterstützt</p>	<p>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 fühlt und motivierter ist.</p>		

						Deshalb ist Weaning auch essentieller Bestandteil der AKI.		
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige	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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefach-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</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 unvorhersehbar erforderlich ist,</p>	<p>kraft 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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.			
			<p>VORSCHLAG DPS</p> <p>ähnlich DKG</p> <p>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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 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.</p>			<p>Änderungen werden von der DPS unterstützt, jedoch ist jene von GKV-SV, KBV zu allgemein gefasst. Zudem können hier vermeidbar strittige Beurteilungen erwachsen. Lebensbedrohliche Störungen der Vitalfunktionen haben auch Patienten mit z. B. Herzschrittmacher.</p> <p>Der Begriff „täglich“ wäre hier völlig unpassend.</p>		

§ 3	Absatz 2	<p>DPS. Noch bei Satz 2 hinzufügen:</p> <p>²Eine lebensbedrohliche Funktionsbeeinträchtigung kann weiterhin bei Versicherten vorliegen, bei denen das Tracheostoma verschlossen wurde. Hier sind insbesondere Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (im s.g. Wachkoma, apallisches Syndrom) zu nennen. Das gleiche kann für Langzeitbeatmete nach erfolgreicher Entwöhnung von der Beatmung wie auch dem Verschluss des Tracheostomas zutreffen.</p>		<p>Manche Intensivpatienten werden trotz bestehender Schluckstörung dekanüliert. Sie können trotzdem weiterhin eine Husteninsuffizienz und massive Schluckstörungen haben, die die Intervention einer Pflegefachkraft erforderlich machen.</p> <p>Der Verschluss des Tracheostomas bedeutet häufig einen enormen Zugewinn an Lebensqualität, dieser ist objektivierbar und messbar an weniger spastischen Fehlstellungen der Extremitäten und Entspannung des ganzen Körpers.</p> <p>Hustenanfälle wie auch Unruhezustände lassen nach. Es handelt sich um einen langwierigen Rehabilitationsprozess, das Ziel dabei sind weiterhin Verbesserungen der Gesamtsituation.</p>	
§ 3	Absatz 3				
§ 3	Abs. 3	<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6], dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
			DPS	DPS		

			<p>Nicht übernehmen!</p>	<p>Übernehmen mit kleiner, aber wesentlicher Änderung</p> <p>¹Zeigt 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 bei Bedarf auch eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine</p>	<p>Diese Formulierung erschwert unangemessen die Option des Weanings in häuslicher Umgebung und kann zu unangemessen langer Hospitalisierung führen.</p>	<p>Gerade die Option des-qualifizierten Weanings in der Häuslichkeit muss unterstützt werden.</p>
--	--	--	---------------------------------	---	--	---

				auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.		
§ 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.			
			Nicht aufnehmen			
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 psychomoto-			

			<p>rischer Entwicklungsstand vorliegt, ist in den Fällen nach Satz 9 eine erneute Erhebung nicht mit jeder Folgeverordnung verpflichtend. ¹¹Die 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>			
			<p>DPS</p> <p>Hier schließen wir uns dem Votum der PatV an.</p> <p>Vorschlag Zusatz zu Satz 10:</p> <p>Gleiches gilt für erwachsene Versicherte ohne Verbesserungs- und Entwicklungspotenzial, ohne Aussicht auf ein erfolgreiches Weaning, bzw. eine erfolgreiche Dekanülierung.</p>		<p>Gerade bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Schwerstmehrfachbehinderungen sind die Verläufe oft anders als bei Erwachsenen. Dies findet mit dieser Formulierung eine angemessene Berücksichtigung.</p> <p>Mit diesem Zusatz wird auf die besondere Situation der Menschen im Wachkoma und Langzeitbeatmeter hingewiesen.</p>	
§ 3	Absatz 6 bzw. 7		<p>DPS</p> <p>Zu 3. Ergänzen:</p> <p>„Hierzu sind die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen.“</p>		<p>Leider bestehen in der AKI regelhaft zwar Überwachungsmöglichkeiten SpO2 und Herzfrequenz. Andere Messverfahren der Blut- und Atemgase sind aber kaum vorhanden. Hier besteht eine eklatante Diskrepanz zum üblichen Standard klinischer Beatmung, der zu Konflikten mit der leitliniengerechten Atemunterstützung führen kann.</p>	
§ 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
Wird von der DPS nicht unterstützt und sollte nicht ergänzt werden	Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden	Die Wahl der Art der Statusdokumentation sollte nicht explizit vorgegeben werden.	Gerade in der AKI wird aus palliativer Sicht die Option der möglicherweise notwendigen Sedierung eventuell nicht ausreichend genutzt. Deshalb ist es im Sinne der Leidensvermeidung sehr hilfreich, einen solchen Status zu ergänzen.
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

			DPS	
			6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat, mit der Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;	Die beiden Vorschläge sollten zusammengefasst werden
			KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten	
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden	
			KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden	Gerade der mutmaßliche Patientenwille wird im Vordergrund, während klinisch-stationärer Versorgung nicht immer angemessen erhoben. Oftmals gerade auch, weil die Ausnahmesituation für die Angehörigen es verhindert, den Standpunkt der Patienten in rechter Weise einzunehmen.
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)	
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden	

			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität			
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden			
			PatV zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	GKV-SV, KBV zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	PatV	GKV-SV, KBV
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden	Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden		
§ 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
			DPS Fähigkeit zur Mitarbeit und Adhärenz			Wer nicht zur Mitarbeit fähig ist, kann auch nicht unbedingt TherapieAdhärenz zeigen.
		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.			
			DPS Vorschlag für ergänzenden Hinweis: Die Situation von Versicherten im Wachkoma muss gegebenenfalls besonders berücksichtigt werden.		Es gibt völlig verschiedene Arten von Diagnosen bei Patienten in der AKI!	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,</p> <p>b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>		
			<p>Wird von der DPS nicht unterstützt und sollte nicht übernommen werden</p>		<p>DPS</p> <p>Dieser Vorschlag ist mangels geeigneter Ärzte mit der geforderten Qualifikation kaum umsetzbar</p>
		<p>PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.</p>			
		<p>DPS</p> <p>Eigener Vorschlag der DPS nach „3. Neurologie“ ergänzen:</p> <p>4. für Kinder- und Jugendmedizin oder</p> <p>5. anderer Gebiete mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin</p>		<p>HNO-Ärzte sind regelhaft zwar immer wieder konsiliarisch in die Beurteilung bestimmter Fragestellungen einbezogen, doch kaum jemals in die Beurteilung der Gesamtsituation für die Entscheidung der Indikation zur AKI.</p>	

§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <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 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
-----	--------	--------	--	--	-----------------------	---------------

				verfügen.		
			Der Vorschlag der KBV wird von der DPS nicht unterstützt.	Der Vorschlag des GKV-SV wird von der DPS unterstützt, falls ein praktikabler Nachweis zu führen ist.	Die Mehrzahl der hausärztlich tätigen Kollegen ist nur marginal mit der spezifischen Symptomatik der Patienten der AKI befasst und hierdurch und hierzu auch kaum erfahren. Selbstverständlich müssen aber hausärztlich Tätige in die Versorgung einbezogen werden (können).	Bei der geringen Anzahl von AKI-Verordnungen pro Hausarztpraxis wird vermutlich deren Nachfrage nach einer Genehmigung nur eine sehr kleine Zahl an Kollegen betreffen. Wenngleich man es diesen bei entsprechender Qualifikation selbstverständlich ermöglichen sollte.
§ 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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. ² Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte			

			<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>	
			<p>DPS</p> <p>Analog § 4 Absatz 1</p> <p>Hier streichen „für Innere Medizin und Kardiologie“, dann</p> <p>4. für Kinder- und Jugendmedizin oder</p> <p>5. anderer Gebiete mit der Zusatzbezeichnung</p>	<p>Kardiologen sind in praxi nur ausgesprochen selten mit den spezifischen Anforderungen der AKI befasst. Warum sollten sie diese dann ausdrücklich verordnen können?</p> <p>Wie oben</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> <p>Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden</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,		
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden		
			KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,		
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden		
			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	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 [.]	GKV-SV
	Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden		Dieser Zeitraum ist definitiv ausreichend.		

			<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. 			
§ 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</p>	<p>KBV: Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach § 4 Absatz 1, Absatz [2 bzw. 3] und</p>	PatV, GKV-SV	KBV

		<p>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>Absatz [3 bzw. 4] werden diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6				
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege					
§ 5	Absatz 1	<p>DPS</p> <p>Punkt 2. Ergänzen:</p> <p>c) Sauerstoffbedarf</p>			<p>Gerade der Sauerstoffbedarf, bzw. dessen quantitative Erfassung, ist ein unabdingbarer Parameter.</p>

§ 5	Abs. 1	Satz 3	GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.	
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden	
§ 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	
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden	Hierzu einen eigenen Punkt zu definieren unterstreicht die Bedeutung.
§ 5	Absatz 2			
§ 5	Abs. 2	Satz 2	GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren	
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden	Leider ist die Dokumentation in praxi nicht selbstverständlich
§ 5	Absatz 3			
§ 5	Absatz 4			
§ 5	Absatz 5			
			GKV-SV zusätzlich: gemäß der Anlage zu dieser Richtlinie,	

§ 5	Abs. 5	Satz 1		
§ 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		<p>DPS</p> <p>Fußnote ³</p> <p>„Vertragsarzt regelmäßig den Zustand“ ändern in „Vertragsarzt spätestens alle drei Monate den Zustand“</p>	<p>„Regelmäßig“ könnte so ausgelegt werden, dass die Überprüfungen zwar zeitlich regelmäßig, aber viel zu selten stattfinden dürfen.</p>
§ 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.			
			<p>Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden</p> <p>Ergänzen</p> <p>³Gleiches gilt für anspruchsberechtigte Versicherte ohne Altersbegrenzung, bei denen kein Verbesserungspotenzial besteht.</p>		Entspricht den besonderen Anforderungen dieser Patientengruppen	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV:	PatV:	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
			² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	<i>[streichen]</i>		
				Wird von der DPS unterstützt und sollte gestrichen werden		
			KBV, PatV: hat-soll			

§ 6	Abs. 2	Satz 3	Wird von der DPS unterstützt und sollte geändert werden	
§ 6	Absatz 3		<p>DPS</p> <p>Stattdessen ergänzen</p> <p>(3) Die erste Folgeverordnung ist spätestens drei Arbeitstage (...) auszustellen, die weiteren spätestens zwei Wochen vor Ablauf.</p>	Drei Arbeitstage ist bei einer langfristigen AKI für die angemessene Personalplanung deutlich zu kurzfristig.
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 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.	
			DPS	

			<p>zusätzlich: ²Dabei soll durch das Krankenhaus sicher-gestellt werden, 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. Andere-falls ist zu dokumentieren, warum für einen stationären Weaningversuch keine Indikation vorlag.</p>	<p>Nur diese Formulierung lässt offen, dass bei gegebener Indikation zum häuslichen Weaning eben dieses in der Häuslichkeit erfolgen kann.</p> <p>Es ist wichtig, nach den Gründen zu fragen; die bloße Sache als solche zu dokumentieren, ist nicht aussagekräftig genug.</p>		
§ 7	Absatz 4					
§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.] ² oder ³Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit</p>	<p>PatV: ²Bei 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>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			dem Krankenhaus gegebenfalls durch.			
			Wird von der DPS unterstützt und sollte ergänzt werden			
§ 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 Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			voraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.		
			Wird von der DPS unterstützt und sollte übernommen werden			Nur „unverändert“ wäre eine völlig unangemessene Eingrenzung
§ 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		DPS „der Krankenkasse vorgelegt wird“ ändern in			Unsere Formulierung ist eindeutig und umfasst nachweisbare elektronische Übermittlung, Posteingang, persönliche Vorlage usw.

			„bei der Krankenkasse einght.“			
§ 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		<p>DPS</p> <p>Bestehendes 7. ergänzen</p> <p>„Erhebung, Bewertung und Dokumentation von Vitalparametern“</p> <p>Weiterhin ergänzen</p> <p>12. Einzelne Elemente der Grundpflege</p>			<p>In praxis besteht immer wieder eine große Unsicherheit, was die Einzelnen Beteiligten zu den definierten Zeitpunkten dürfen. Die Übergänge sind stets unscharf und fließend. Punkt 12. Erlaubt die hierbei notwendige gewisse Flexibilität.</p>
§ 9	Abs. 1	Satz 2	<p>PatV zusätzlich:</p> <p>7. der Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht invasiven Beatmung,</p> <p>8. der Umgang mit Hilfsmitteln der Sauerstofftherapie,</p>			

			Wird von der DPS unterstützt und sollte übernommen werden			
§ 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.			
			Wird von der DPS unterstützt und sollte übernommen werden			
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

		<p>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 Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>	<p>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 beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden.³ Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132l vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>		
--	--	---	---	--	--

				Wird von der DPS unterstützt und sollte übernommen werden		
§ 9	Absatz 7		<p>DPS Vorschlag zur Hinzufügung von Satz 4:</p> <p>⁴§ 37 c Absatz 3 Sätze 2 und 3 SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen.</p>		<p>Erklärung § 37 c Absatz 3 Satz 2: Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des <u>§ 15 Abs. 3 Satz 4 Nr. 2 bis 5 SGB XI</u> festgestellt ist.</p>	
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		<p>KBV, DKG, PatV: [Absatz streichen]</p>	<p>GKV-SV: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die außerklinische medizinische Behandlung der oder des Versicherten und die interdisziplinäre und sektorenübergrei-</p>	KBV, DKG, PatV	GKV-SV

				fende Koordination einschließlich der rechtzeitigen Durchführung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 3 Absatz [5 bzw.6].		
				Wird von der DPS nicht unterstützt und sollte nicht übernommen werden		Widerspricht der Versorgungspraxis. Sonst müssten hierzu eigene Strukturen geschaffen werden.
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10		Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV:	PatV:	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

	Abs. 5 bzw. 6		<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 der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen.</p> <p>²Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen.</p> <p>³Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten.</p> <p>⁴Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.</p>	<p>¹Eine 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.</p> <p>²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen.</p> <p>³Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im</p>		
--	--------------------------	--	---	---	--	--

				Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
				Wird von der DPS unterstützt und sollte übernommen werden		
§ 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
				Wird von der DPS unterstützt und sollte übernommen werden. Ergänzen. Diese Besuche können auch telemedizinisch erbracht werden, wenn		Die fachlich qualifizierte persönliche Leistungserbringung ist nicht zu ersetzen. Die Telemedizin wird weiter oben ja bereits gefordert und würde jetzt wieder erschwert.

				dies die Befunderhebung nicht einschränkt.		
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:		
	DPS Der Behandlungsplan als Vorschlag ist unbedingt sinnvoll. Er sollte ergänzt werden um PEG, PEJ, Button, Harnableitung					
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.	<p>An der Erarbeitung der DPS Stellungnahme haben mitgewirkt</p> <p>Prof. Dr. iur. utr. Carsten Schütz Direktor Sozialgericht Fulda</p> <p>Robert Schwab Pflegedienstleiter Mediana Neuro Care, Fachpflegeeinrichtung für Phase F-Patienten</p>					

Dr. med. Thomas Sitte

Vorstandsvorsitzender Deutsche PalliativStiftung

Prof. Dr. med. Boris Zernikow

Leiter Kinderschmerz- und Kinderpalliativzentrum Datteln

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.

	Pflegerische Angehörige e.V.	
	23.07.2021	
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	<p>Geeignet sind Pflegekräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind.</p> <p>Da es bundesweit einen eklatanten Mangel an Fachkräften gibt, muss es hier Wege geben Fachfremde durch kontrollierte Einarbeitung (zB. Überwacht durch den verordnenden Arzt, mit definierten Fortbildungen) in Rahmen der häuslichen Intensivpflege einzusetzen. Dieses findet man zur Zeit v.a. bei außerklinischer Intensivpflege in Form von persönlicher Assistenz</p>

				im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V. Mit der Für diese Gruppe muss es Möglichkeiten geben die derzeitigen Mitarbeiter ohne Pflegeexamen zu halten.
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegerkräfte	
§ 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.	
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4		Der Versicherte kann frei über den Ort bestimmen an dem er Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhält.	"Ambulant vor Stationär" muss weiterhin beherzigt werden.
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass 1. die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist,	

			<p>2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</p> <p>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>	
			streichen	Der Versicherte kann sich im Rahmen seines Aufenthaltsbestimmungsrechtes auch an Orten gelegentlich oder auch nur einmalig aufhalten und dort Leistungen benötigen. Der Zusatz schränkt dieses unverhältnismäßig ein.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6		streichen	Durch diesen Absatz werden Vertragsgestaltungen von Kassen und Versicherten eingeschränkt.
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.			
			Versorgungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets sind hier nicht erwähnt.			
§ 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	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

				nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.				
			<p>Als Vertreter von pflegenden Angehörigen wissen wir, dass Krankenhausaufenthalte nicht nur die Patienten, sondern auch die Angehörigen enormen Belastungen aussetzen. Wir begrüßen die regelmäßige Überprüfung des Weaningpotentials, fordern aber auch Lösungen die ambulant und vielleicht auch in den eigenen vier Wänden, zB. Mit Hilfe von Telemedizin, funktionieren.</p>					
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklini-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklini-	PatV: Die Verordnung von außerklini-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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 in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft notwendig ist, weil</p>	<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</p>	<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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</p>			
--	--	--	---	--	---	--	--	--

			<p>gefachkraft 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.</p>	<p>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.</p>	<p>pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
			GKV-SV, KBV:	PatV:	GKV-SV, KBV	PatV		

§ 3	Abs. 3		<p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 vorüberge-</p>	<p>(3) ¹Zeigt 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>		
-----	--------	--	---	--	--	--

			henden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
§ 3	Absatz 3 bzw. 4					
§ 3	Absatz 4 bzw. 5		Hier muss es auch Möglichkeiten geben zumindest Folgeverordnungen nach Telemedizinischer Untersuchung und Beratung mit dem behandelnden Hausarzt (der meisten nicht Verordnen darf) ausstellen zu können			
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi- als für eine	DKG: der Möglichkeit ei- ner	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3		Satz 5	GKV-SV, KBV, DKG zusätzlich: ⁵ Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			

	Abs. 5 bzw. 6		Ablehnung	<p>Es gibt weder die Kapazitäten für diese Erhebung durch qualifizierte Ärzte, noch ist es den Leistungsempfängern zuzumuten Ärzte für diese Erhebung aufzusuchen, insbesondere wenn sich an der Grunderkrankung nichts ändern kann. Auf für pflegende Angehörige wäre dieses eine sehr große Belastung.</p>		
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 10 und 11	<p>PatV zusätzlich: ¹⁰Insbesondere 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. ¹¹Die 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>			
§ 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	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			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		Satz 2	KBV, GKV-SV, PatV zusätzlich: ² Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			

	Abs. 8 oder 9					
§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte						
§ 4	Absatz 1				<p>Aus Sicht der Pflegenden Angehörigen sollte es eine Bestandsregelung geben, damit Versicherte nicht gezwungen werden die Ärzte, die die Behandlung schon über Jahre verordnen und verantworten, wechseln müssen, womöglich auch lange Wege in Kauf nehmen müssen.</p> <p>Alternativ wäre eine möglichst unbürokratische Qualifikation bzw Feststellung der Verordnungsfähigkeit, wünschenswert.</p>	
§ 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 Fachärztinnen und Fachärzte	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ul style="list-style-type: none"> 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen. 		
			Zustimmung	Zustimmung		
§ 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	DKG, KBV, PatV zusätzlich: (2) ¹ 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			

			<p>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> <p>Zustimmung</p>	
§ 4	Absatz 3 bzw. 4			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 1	<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</p>	
			<p>KBV, DKG, PatV zusätzlich: 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie,</p>	

			<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>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. 			
§ 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</p>			

	Abs. 3 bzw. 4		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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 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					
			GKV, PatV zusätzlich: und zu dokumentieren			

§ 5	Abs. 2	Satz 2		
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.		Zustimmung	
§ 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 Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.	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 gemäß Absatz 7 sicherzustellen.	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

§ 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 § 132l 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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar	GKV-SV, KBV	DKG

§ 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der au-	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Berklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	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			In Zeiten des Fachkräftemangels müssen auch Lösungen gefunden werden um Pflegehilfskräfte, soweit möglich und durch den verordnenden Arzt deligiert, qualitätsgeprüft in einer 1:1 Versorgung, insbesondere im Persönlichen Budget, für die medizinische Behandlungspflege einzusetzen.	
§ 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.			
§ 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					
§ 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	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	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>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>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. 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		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen ein-	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	schließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertrags-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	arzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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.				

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.

			Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)		
			23.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag		Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.		↓ 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: /Pflegerkräfte		
§ 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.		

§ 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>„Regelmäßig wiederkehrend“ streichen</p> <p>Mit dieser Formulierung wird in das Aufenthaltsbestimmungsrecht der Sorgeberechtigten und jungen Volljährigen eingegriffen und die Selbstbestimmungsrechte von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verletzt. Die Versorgung mit AKI muss eine normale kindliche und jugendliche Entwicklung ermöglichen und unterstützen. Dazu gehört es, sich in allen Lebens- und Erfahrungsräumen aufhalten zu</p>

				können wie Gleichaltrige nichtbehinderte Kinder - nicht lediglich regelmäßig wiederkehrend in Kita/Schule sondern auch unregelmäßig oder einmalig auf einem Spielplatz/Geburtstag/Kino etc. Die Regelung verletzt auch das Kinderrecht auf Spiel- und Freizeit. (Art. 31 UN-Kinderrechtskonvention)
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		DKG zusätzlich: (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.	
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			

§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
§ 2	Absatz 4					
§ 2	Absatz 5					
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege						
§ 3	Absatz 1					

§ 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- 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</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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 bei lebensbedrohlichen</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 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 sein kann, wobei die genau-</p>	DK G	GKV -SV, KBV	PatV
-----	--------	--	---	---	-----------------	-----------------------------	-------------

			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.	Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	en 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 Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder	PatV: (3) ¹ Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6], dass ein Potenzial zur Beat-		GKV-SV, KBV	PatV	

		<p>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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>mungsentwöhnung 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>		
--	--	---	---	--	--

			<p>Es fehlt die Definition der „Einrichtung“ – eine sonstige für die (Grund)- Erkrankung, die Intensivpflege erforderlich macht, geeignete Einrichtung.</p>		<p>Die häusliche Fortführung ärztlich verordneter langfristiger Weaningstrategien (Triggern Die Studienlage bezüglich Kindern, Jugendlicher und junger Erwachsener, die außerklinisch mit einer Heimbeatmung und oder Trachealkanüle versorgt sind, lässt keine evidenzbezogenen Konsequenzen im Sinne eines Gebots des „nur-klinischen Weanings“ zu.</p> <p>Ärztlich angeleitete und begleitende Weaningversuche in häuslicher Umgebung nutzen vertraute Umgebung und vertraute Bezugspersonen als Gelingensbedingung von Weaningprozessen bei dieser Altersgruppe. Sie vermeiden die Gefahr einer nosokomialen Infektion bei Hospitalisierung. Sie vermeiden Entwicklungsschäden und Traumata durch Hospitalisierung, stellen sicher, dass Weaningprozesse dem Wohlbefinden, den Entwicklungsbedürfnissen und der Lebensqualität dienen und diesen nicht entgegenwirken., trainieren mit Sprechventil oder „feuchter Nase“, sukzessives Ausweiten der Spontanat-</p>
--	--	--	---	--	---

						<p>mungszeiten/Beatmungspausen, zeitweiser Moduswechsel von PCV zu CPAP können telemedizinisch oder durch ärztliche Hausbesuche oder Videovisiten angeleitet, überprüft, begleitet und kontrolliert werden sowie durch die häusliche 1:1 fachpflegerische Versorgung und Heilmittelerbringer durchgeführt und unterstützt werden.  klinische Ressourcen und Unwägbarkeiten (Bettensperrung-Personalmangel), fehlende Plätze in den wenigen, häufig nicht wohnortnahen Spezialzentren, unzumutbare Anfahrtswege und Umstände für die Familien werden vermieden.</p>
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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 ge-	KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscree-	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			gegebenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	ning 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			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	<p>KBV, PatV, DKG: 5. für Kinder- und Jugendmedizin [.]</p>	<p>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 Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>	<p>KBV, PatV, DKG</p>	<p>GKV-SV</p>
			<p>Zustimmung + Ergänzung MVZ/SPZ</p>			<p>Auch an SPZ/MVZ werden AKI-langzeitversorgte Pat. häufig durch die Möglichkeit des Zugriffs auf Expertise innerhalb von Konsilen fach- und sachgerecht versorgt und betreut</p>
			<p>PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.</p>			

§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <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. 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
§ 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,			
			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	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 [.]	GKV-SV	KBV, DKG, PatV
		PatV zusätzlich: , 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.			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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. ² Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. ³ Sie hat Angaben zur	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.	PatV, GKV-SV	KBV

			Art der Qualifikation zu enthalten und kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt enthalten.			
§ 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	DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)			
		o- der	KBV, GKV-SV, PatV zu 4.: Weaning- und Dekanülierungspotenzial gemäß § 3 Absatz [5 bzw. 6] sowie die zur deren Umset-			

		4	zung 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanage-						

ments						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>^{2 oder 3}Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>

			des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.			
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach 132l Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar</p>	GKV-SV, KBV	DKG
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5	<p>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 Ent-</p>			

		der 5 bis Satz 6 oder 7	lasstag 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

§ 7	Abs. 5	Satz 4	DKG zusätzlich: die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklini- schen 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.			
§ 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					

§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	<p>GKV-SV, KBV, DKG:</p> <p>¹Der 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. ³Im 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>PatV:</p> <p>¹Im 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 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>	GKV-SV, KBV, DKG	PatV
§ 9	Absatz 7					
<p>§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege</p>						

§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			

§ 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	KBV, PatV: ² 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.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

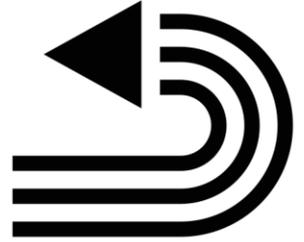
			informieren.			
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132I SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen. ² Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Ordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.			
§ 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 nebenstehen-
de Feld für sonsti-
ge Aspekte Ihrer
Stellungnahme.

ISL

Selbstbestimmt
Leben.



ISL e.V. / Leipziger Str. 61 / 10117 Berlin

An den G-BA
An das BMG

Berlin, 23.07.2021

Positionierung

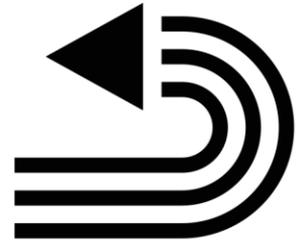
der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. - ISL zur Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL, Stand 23.06.2021)

Die "Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. - ISL" ist eine menschenrechtsorientierte Selbstvertretungsorganisation. Selbstvertretung bedeutet, dass sowohl die Bundesgeschäftsstelle als auch ihre Mitgliedsorganisationen von Menschen mit Behinderung selbst geleitet und verwaltet werden. Die ISL ist die Dachorganisation der in Deutschland ansässigen 25 Zentren für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen und die deutsche Mitgliedsorganisation der internationalen Selbstvertretungsbewegung behinderter Menschen "Disabled Peoples` International - DPI". Die ISL setzt sich für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ein und steht für die dort verankerten Rechte und Werte der Selbstbestimmung, des Empowerments, der Selbstvertretung und Partizipation, ganz nach dem Motto „Nichts über uns ohne uns!“.

2. Würdigung

Die ISL bedankt sich für die Möglichkeit, in diesem Prozess eine Stellungnahme abgeben zu können. Eine für die selbstbestimmte Lebensführung unserer bundesweiten Mitglieder so elementare und bedeutsame Richtlinie muss von Beginn an durch Selbstbetroffene miterarbeitet, beleuchtet und per Stellungnahmeverfahren kritisch begleitet werden. Auch der UN-Fachausschuss zur Umsetzung der UN-Behinderten-

rechtskonvention schreibt den Selbstvertretungsorganisationen eine besondere Stellung in seinem General Comment No. 7 „Partizipation“¹ zu.



Die ISL reicht eine gemeinsame Stellungnahme mit der LIGA Selbstvertretung zur o.g. Richtlinie ein, die in der vom G-BA gewünschten tabellarischen Form fristgerecht zum 23. Juli 2021 eingesandt wird.

Parallel wird für unsere Mitglieder und für die generelle Öffentlichkeit, mit dem Ziel der besseren Verständlichkeit und Sichtbarkeit, eine gewohnte zugängliche Positionierung in schriftlicher Form verfasst.

3. Grundsätzliches zur Richtlinie

Der vorliegende Entwurf der AKI-RL liest sich an vielen Stellen so, als bestünde ein noch ganz grundsätzlicher Klärungsbedarf.

Grundsätzlich dahingehend, dass zum Einen Betroffene als selbstbestimmte, kompetente und fähige Menschen anzusehen sind - also nicht als defizitäre, fremdbestimmte Objekte. Zum Anderen muss im Umgang mit unserer Zielgruppe (beatmungspflichtige behinderte Personen) die selbstverständlichen Grundsätze der Menschenwürde, Anspruch auf ein Maximum an Lebensqualität, Teilhabe und Selbstbestimmung, gelten. Alle Grundsätze und Maßnahmen müssen frei von Benachteiligung, Diskriminierung und Fremdbestimmung umgesetzt werden.

Auch in dieser Richtlinie muss der Grundsatz lauten „ambulante vor stationärer Versorgung“ und lässt uns an vielen Stellen genau hinsehen und aufhorchen. Denn, für Menschen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf gilt das Recht der freien Wahl über den Wohnort und der Wohnform. All diese Grundsätze müssen uneingeschränkt gelten, ganz gleich welche Diagnose, Grad der Behinderung oder bescheinigtem Pflegegrad.

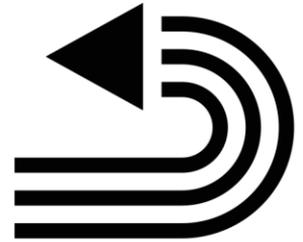
4. Zu den Kritikpunkten im Einzelnen

Zu § 1 Grundlagen

An dieser Stelle möchte die ISL einen kurzen Einblick in die Versorgungsrealität von Menschen mit Behinderungen geben. Der Fachkräftemangel ist bekannt und unsere Erfahrung ist jene, dass Pflegekräfte

¹ Online unter: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/AllgBemerkNr7.pdf;jsessionid=9338581F49A5AB8A16E522DB27E9B4D8.2_cid509?blob=publication-File&v=2

ebenso die verschiedenen Tätigkeiten der außerklinischen Intensivpflege erbringen können. Die Versorgung des betreffenden Menschen muss Vorrang haben vor Nachweisen über eine bestimmte Qualifikation.



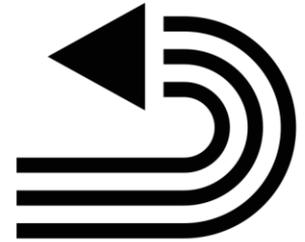
Absatz 3 verweist auf die besondere Berücksichtigung An- und Zugehöriger bei der **Pflege von betroffenen Kindern und Jugendlichen**. Hier erscheint uns ein **Verweis auf Artikel 23 der UN-BRK in Verbindung mit Artikel 7 Absatz 3 unerlässlich**. Demnach muss sichergestellt werden, dass Kinder mit Behinderungen ihre Meinung frei äußern können, ihre Meinung angemessen berücksichtigt wird und dass sie behinderungsgerechte und altersgemäße Assistenz erhalten. Art. 23 Absatz 4 verbietet, dass eine Behinderung des Kindes oder der Eltern ein Grund für eine Trennung des Kindes von seinen Eltern ist, sofern sie nicht auf einer nachprüfaren gerichtlichen Entscheidung der zuständigen Behörden zum Wohle des Kindes beruht. Gleichzeitig muss jedoch den Wünschen von Kindern bzw. Jugendlichen Rechnung getragen werden – wünscht sich das heranwachsende Kind für bestimmte anfallende pflegerische Bereiche die Übernahme durch eine andere Person als z.B. die Eltern, muss diesem Wunsch unbedingt nachgekommen werden.

Absatz 4 des § 1 der entworfenen Richtlinie sieht eine **Festschreibung der Orte für Leistungserbringung vor**, in denen intensivpflegerische Tätigkeiten erbracht werden. Diese Stelle ist ein ganz entscheidender Einschub, dessen komplette Streichung wohl am angebrachtesten wäre. Die ISL fragt sich, welches Bild in den Köpfen vorherrscht, wenn nach der Aufzählung der vollstationären Pflegeeinrichtungen oder Wohneinheiten und letztlich erst unter dem vierten Punkt die Nennung des eigenen Haushaltes der versicherten Person gelistet werden, und dann, unter 5. der „sonstige geeignete Orte“ beispielhaft weitere Einrichtungen benannt werden. Hier fehlt deutlich ein realistischer Blick auf die Lebensrealität betroffener Menschen, denn es gibt natürlich geeignete Orte, die die/der Versicherte als geeignet beurteilt. Das Leben, auch mit intensivpflegerischem Bedarf, spielt sich durchaus bei einem begleiteten Spaziergang an der frischen Luft ab, oder bei einem Ausflug, sei es einem Kinobesuch oder sonstiger Freizeitgestaltung oder bei Sommerwochenenden im Schrebergarten.

Im Grundsatz muss es lauten, dass doch niemand über die „Eignung“ eines Ortes entscheiden darf, sondern der betroffene Mensch selbst, ganz im Sinne der Selbstbestimmung über die eigene Lebensführung.

Artikel 19 der UN-BRK über die „Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ macht den dringenden Nachrang der Versorgung in „besonderen“ Wohnformen deutlich und bekräftigt den

geltenden Grundsatz „**ambulant vor stationär**“, der auch durch ein IPReG mit einer AKI-RL nicht ausgehebelt werden darf. Das Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich des Wohnortes ist in §37 c Absatz 2 Satz 2 SGB V explizit festgeschrieben worden. Die AKI-RL darf dieses also nicht umgehen. Dem Willen der betroffenen Person muss entsprochen werden und keinesfalls auf Kosten von Leistungskürzungen.



Zu § 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege

Alle Behandlungsschritte, Therapieziele und -prozesse müssen unter Partizipation und mit Zustimmung des/der betroffenen Patient*in erfolgen. Ein Beatmungsentwöhnungs-Prozess darf nicht erzwungen werden. Es ist immer eine ganzheitliche Sicht auf die Lebensrealität des/der Betroffenen mit Behinderung notwendig, so dass hier auch klar der Fokus auf die ganz individuelle Verbesserung der Lebensqualität gelegt werden muss: Ist die Betroffene nach Entwöhnung von der Beatmung nur noch unter Mühe und Anstrengung mit dem selbstständigen Atmen beschäftigt, findet kein Leben mehr statt. Mit Verweis auf §3 (3) möchte die ISL bekräftigen, dass die Abstimmung mit und eine Zustimmung durch die/den betroffene*n Versicherte*n unerlässlich sind.

Zu § 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege

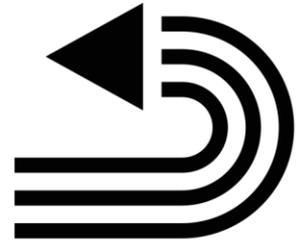
Unserer Ansicht nach gibt es mehr Voraussetzungen für den Bedarf von außerklinischer Intensivpflege, als mit den hier angegebenen „lebensbedrohlichen Störungen der Vitalfunktionen“ abgedeckt werden. Eine Verordnung muss generell dann zulässig sein, wenn ständige Anwesenheit nötig ist.

Als Voraussetzung für die Verordnung muss genügen, dass es aus der laufenden Behandlung Kenntnis über die Notwendigkeit gibt – somit können dem/der Versicherten aufwändige zusätzliche Gänge und Termine erspart bleiben. So sieht es auch die HKP-Richtlinie vor. Zu betonen ist an dieser Stelle ebenfalls, dass die vor jeder Verordnung angeordneten Prüfungen viele Betroffene nicht berücksichtigt, die nämlich aufgrund ihrer Vorerkrankung und der daraus resultierenden Behinderung kein Potenzial einer Entwöhnung haben – diese Prüfungen führen dann zu unnötigem Aufwand, Stress und dem ständigen Bangen, nötige Leistungen aufgrund des individuellen Bedarfes nicht bewilligt zu bekommen. Eine so häufige Überprüfung des Potenzials darf in diesen Fällen nicht zwingend nötig sein.

Absatz 6 regelt die **Kriterien der Erhebung**. Die ISL fragt sich, welches Personal oder welche Menschen sich generell anmaßen möchten, die sogenannte Lebensqualität eines Menschen anhand objektiver Fakten, Werte und Daten zu bemessen. Lebensqualität ist vor allem subjektiv – hier braucht es die Sicht der Betroffenen über ihr psychosoziales Setting. Leider wird hier deutlich, welches Bild von behinderten Menschen,

vor allem im medizinischen Kontext, des gesellschaftlichen Lebens vorherrscht: Behinderung ist kein medizinisches und vor allem kein individuelles Problem, das in der Folge ein Leben mit ihr abwertet und damit lebensunwert macht. Aus unserer Geschichte kennen wir zu gut die Geschehnisse, und wissen, was passiert, wenn verschiedene Gruppen der Gesellschaft als lebensunwert definiert werden.

Die ISL lehnt ebenfalls das angedachte Instrument des **Ethik-Fallgesprächs ab**: wie ein solches Fallgespräch abläuft, regelt jedes Krankenhaus für sich, es gibt keine vorhandenen, partizipativ erarbeiteten Standards für eine gute Herangehensweise. Wir fordern an dieser Stelle, Partizipation umzusetzen. Finden ethische Fallgespräche ohne Einladung der betroffenen Person statt, öffnen sich Tür und Tor, über behinderte Menschen zu bestimmen und sie ggf. sogar auszusortieren.



Zu § 6 Dauer der Verordnung

Die ISL setzt sich dafür ein, je nach Grunderkrankung und individueller Ausgangslage, die Dauer der Verordnung nicht auf maximal 6 Monate zu beschränken. Nach **Einzelfallprüfung** muss eine Dauer über mindestens 12 oder 24 Monate möglich sein. Die Richtlinie wirft in Absatz 2 Satz 2 zur Beurteilung der Dauer der Verordnung einen **Ressourcenbegriff** ein, der nach Ansicht der ISL wichtige Fragen aufwirft: Inwiefern wirken sich die „persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen“ auf die Verordnung aus? Die ISL befürchtet an dieser Stelle eine Hintertür, entweder An- und Zugehörige mehr zu belasten oder aber eine Heimunterbringung zu erwirken. Daher plädiert die ISL für eine Streichung des Absatzes.

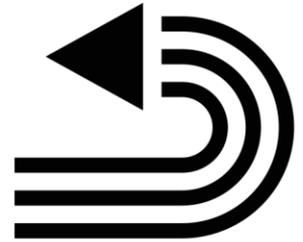
Zu § 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassungsmanagements

Die ISL merkt kritisch an, dass der Vorschlag, direkt vor Entlassung ein verpflichtendes Gespräch mit der Krankenkasse # über den Versorgungsort zu führen, # eine Einbahnstraße ist, deren Ende wir alle kennen. Durch diesen Stellhebel schwindet jegliche Objektivität, der Weg in die Einrichtung wird vorgegeben und bei vielen Betroffenen die Wunsch- und Wahlfreiheit in Frage gestellt. Die ISL schlägt die Streichung des Punktes vor und regt an, stattdessen eine unabhängige Beratung möglich zu machen. Dem/der Patient*in muss auf Wunsch vor Entlassung ein Gespräch mit einem/einer Peer-Counselor*in ermöglicht werden. Nur so können alle Wahlmöglichkeiten im Sinne des/der Patient*in aufgezeigt werden.

Zu § 9 Leistungsinhalte von außerklinischer Intensivpflege

In Absatz 5 muss hervorgehoben werden, dass die hier benannten Rahmenbedingungen vor allem für Einrichtungen nach § 1 Absatz 4 Nr.

1-3 gelten müssen. Niemand Außenstehendem sollte zustehen, die eigene Häuslichkeit als nicht geeignet zu deklarieren, wenn es aber Wunsch des/der Betroffenen ist, in der eigenen Häuslichkeit – und sei sie noch so barrierebehaftet - zu bleiben. Jeder Mensch weiß um kostspielige Barrierefrei-Umbauten, Nicht-Übernahme der notwendigen Kosten, oder aber generell der Mangel an barrierefreiem Wohnraum. Diese Problemlagen sind seit vielen Jahrzehnten bekannt. Es darf nun nicht die Lösung sein, hierdurch indirekt Menschen in Einrichtungen zu zwingen.



Die Richtlinie stützt sich in § 9 auf die sogenannte „Rückzugspflege“. Diese besagt, dass sich Fachpersonal mehr und mehr zurückzieht, während An- und Zugehörige mehr und mehr angelernt werden und Aufgaben letztlich ganz übernehmen. Die ISL erachtet diesen **Grundsatz der Rückzugspflege als sehr kritisch**. Grundsätzlich muss eine zwischen betroffener Person und angehöriger Person einvernehmliche Zustimmung vorliegen, hier Pflegeaufwand übernehmen bzw. erhalten zu wollen. Gleichermäßen stellt sich die Frage, wie Phasen geregelt werden können, wenn bspw. die Zugehörige, sei es die nahestehende Nachbarin, selbst ausfällt, geschäftlich eingebunden ist – die Liste der Szenarien ließe sich ewig weiterführen.

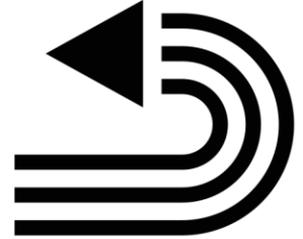
Wir sehen das im Entwurf vorgeschlagene Vorgehen als Einfallstor, über An- und Zugehörige Pflegetätigkeiten „kostengünstig“ wegzuweisen und auf diese abzuwälzen. An dieser Stelle möchten wir nochmal auf Art. 19 UN-BRK zur *Unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft* verweisen, der da lautet:

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass

Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;

Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahehen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahehen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;

gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.



Die ISL erkennt an dieser Stelle die Gefahr, dass die Verordnung und Bewilligung von Leistungen in Abhängigkeit von der Pflegebereitschaft der An- und Zugehörigen getroffen wird. Der ärztlich verordnete Leistungsempfang darf also dadurch nicht reduziert werden, der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132 I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.

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

Dem vorliegenden Entwurf mangelt es an einem ganz grundsätzlichen Verständnis des Konzeptes von Partizipation. Wir befürworten die Vernetzung aller Instanzen untereinander, aber es darf nicht vergessen werden, dass die versicherte Person nicht medizinisches Objekt ist, „über“ welches geredet wird, sondern Subjekt und damit ein*e Träger*in von Rechten. Die Person ist Subjekt des Behandlungsprozesses, niemand sonst. Dieser Grundsatz bezieht sich auch auf die Informationsweitergabe (Absatz 4 bzw. 5).

5. Fazit

Der vorliegende Entwurf liest sich an vielen Stellen so, als bestünde noch ganz grundsätzlicher Klärungsbedarf. Es zieht sich ein roter Faden der Fremdbestimmung, vermeintlicher Fürsorge gepaart mit der ganz offensichtlichen Stärkung institutioneller Versorgung und Effizienz. Die ISL vermisst ganz grundsätzlich Passagen, die aufatmen lassen, denn „niemand soll in ein Heim gezwungen werden“. Das ist sehr besorgniserregend. Die ISL kann nicht erkennen, dass es mit dem IPReG und mit der dazugehörigen Richtlinie in erster Linie darum ging, Betrug in Beatmungs-WGs zu unterbinden.

Grundsätzlich hat der Tumult und Aufschrei rund um das RISG, dem dann umbenannten etwas nachgebesserten IPReG und der jetzt im Entwurf vorliegenden Richtlinie, zumindest zu einer immensen Stärkung und Vernetzung unter den Betroffenen und ihren Verbänden geführt. Es gilt nämlich, Betroffene als selbstbestimmte, kompetente und fähige Menschen anzusehen. Die hier skizzierten Versicherten sind keine Objekte fürsorglich-obrigkeitlicher Behandlung, sondern haben alle Entscheidungsgewalt. Das Wunsch- und Wahlrecht ist nicht nur in der UN-BRK verankert, sondern auch im Grundgesetz.

[DIVI e.V. · Luisenstraße 45 · 10117 Berlin](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Gutenbergstraße 13
D-10587 Berlin

21.07.2021

DIVI-Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-Richtlinie)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen mit dem Beschlussentwurf über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege die Konkretisierung der Regelungen im Umgang mit außerklinischer Intensivpflege.

Nach eingehender Prüfung sieht die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) auch zwingenden Änderungsbedarf, insbesondere in Bezug auf die Reevaluationen der Beatmungsindikation sowie der fachlichen Qualifizierung der verordnenden Ärztinnen und Ärzte.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin nimmt nachfolgend zu ausgewählten Aspekten Stellung:

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege, Artikel 3:

Inhalt: Die außerklinische Intensivpflege ist auf ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel auszurichten. Therapieziele sind

1. ...
2. ...
3. die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und den sich daraus ergebenden Symptomen zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.

Vorschlag der DKG: 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.

Bewertung der DIVI:

Wir unterstützen diese Zielsetzung, den Zeitpunkt der Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung perspektivisch nicht aus den Augen zu verlieren und zu erreichen, maximal. Hierfür halten wir eine regelmäßige Reevaluation der Indikationen der Tracheostomie und Heimbeatmung für mandatorisch. Diese sollten in festgesetzten Abständen erfolgen. Anbieten würde sich 6 Monate nach Entlassung aus dem stationären Setting und danach spätestens alle 12 Monate. Diese Reevaluationen sollten verpflichtend in zertifizierten Weaning-Zentren erfolgen.

§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege, Artikel 1

Inhalt: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen

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 (Vorschlag der DKG) ...

...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.

Bewertung der DIVI:

Der Patientenwille und das patientenzentrierte Therapieziel sollten ebenso wie die Tracheotomie oder Beatmungsnotwendigkeit in regelmäßigen Abständen reevaluiert werden. Ein dokumentiertes ethisches Fallgespräch durch unabhängige Ethikexperten sollte zwingende Voraussetzung darstellen, um eine außerklinische Intensivpflege zu indizieren und/oder fortzuführen.

§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte, Artikel 1

Inhalt: 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. 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

Bewertung der DIVI:

Wir möchten darauf hinweisen, dass alleinige Facharztbezeichnungen wie 1. - 3. genannt oder wie durch KBV, PatV, DKG ergänzt die Facharztbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin nicht für die Indikationsstellung, klinische Beurteilung und Reevaluation ausgebildet sind. Wir halten die Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ für unabdingbar und würden deshalb den o.g. Passus wie folgt ändern:

Besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

Wir stehen für weitere Beratungen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Gernot Marx

Präsident der DIVI

Geschäftsstelle der DGIIN
Seumestr. 8 | 10245 Berlin

Frau Carolin Rabethge
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Gutenbergstraße 13
D-10587 Berlin

Deutsche Gesellschaft für Internistische
Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V.
Geschäftsstelle
Seumestr. 8, 10245 Berlin
Telefon: 030 521372-66
Telefax: 030 521372-67
E-mail: gs@dgiin.de
www.dgiin.de

Berlin, 27.07.2021

**Stellungnahme | AKI-RL | Erstfassung AKI-RL
Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer
Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-Richtlinie)**

Sehr geehrte Frau Rabethge,

wir haben uns ausführlich mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin zum Thema beraten und schließen uns deren
Einschätzung vollumfänglich an.

Gern beteiligen wir uns an einem weiteren Diskussionsprozess.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit besten Grüßen


Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Präsident

Präsident

Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Köln

Generalsekretär

Prof. Dr. Uwe Janssens
Eschweiler

Präsident elect

PD Dr. Matthias Kochanek
Köln

Past Präsident

Prof. Dr. Stefan John
Nürnberg

Schatzmeister

Prof. Dr. Reimer Riessen
Tübingen

Medizinischer Geschäftsführer

Prof. Dr. Karl Werdan
Halle (Saale)

Vereinsregister Berlin
VR Nr. 17628 B

Bankverbindung der DGIIN:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE69 3006
0601 0006 1629 75
BIC: DAAEDED



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.

	Bundespflegekammer		
	28.07.2021		
Betreffende Passage in der AKI-RL	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	
	↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.	
§ 1 Grundlagen			
§ 1	Absatz 1	Wir bitten um einheitliche Verwendung des Begriffs der Pflegefachperson.	Gemäß Pflegeberufegesetz werden die Ausführenden der häuslichen Krankenpflege als Pflegefachmann / Pflegefachfrau bezeichnet. Daneben gibt es in Deutschland aufgrund vorhergehender Ausbildungsgesetze diverse weitere Berufsbezeichnungen wie Krankenschwester oder Gesundheits- und Krankenpfleger. Der unter den Berufsverbänden der deutschsprachigen Ländern vereinbarte Begriff für Personen,

				die eine entsprechende Berufserlaubnis haben, lautet Pflegefachperson. Wir bitten dies bei der Umsetzung oder Anpassung von zukünftigen Richtlinien zu berücksichtigen.
§ 1	Abs. 1	Satz 3	PatV zusätzlich: /Pflegekräfte	
§ 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.	
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4			
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass	
			1. die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist,	

			<p>2. sich die oder der Versicherte an diesen Orten regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und</p> <p>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>	
			<p>Die Punkte zwei und drei sind aus Sicht der Bundespflegekammer dringend zu streichen.</p>	<p>Die vorgeschlagenen Einfügungen stellen aus unserer Sicht einen massiven Eingriff in das Wahlrecht der betroffenen Person zu ihrem Aufenthaltsort dar. Die versicherte Person ist aufgrund ihrer Erkrankung ohnehin schon stark eingeschränkt und die benannten Punkte könnten zu einer weiteren Einschränkung der Teilhabe führen.</p>
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 § 132I 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 perspektivischen	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:

			Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.					
§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefähr-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz	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 Anwesenheit	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>dende 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz</p>	<p>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 bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar</p>	<p>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</p>			
--	--	--	---	---	---	--	--	--

			einer Pflegefachkraft notwendig ist.	erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.	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		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. ²Stattdessen leitet die Ver-</p>	<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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</p>	GKV-SV, KBV	PatV		

			<p>tragsärztin 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 der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.</p>	<p>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>		
§ 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzi-	DKG: der Möglichkeit ei-	GKV-SV, KBV	DKG
			als für eine			
§ 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.			
§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.			
§ 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		
		Die Bundespflegekammer stimmt der Aufnahme des Satzes zu.	Die Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens ist Voraussetzung für die Ergreifung jedweder Maßnahmen und daher zwingend zu berücksichtigen.		
			KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.: (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)		
			KBV, GKV-SV, PatV: 9. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität		
		Die Bundespflegekammer regt die Streichung an.	Die Lebensqualität ist von zentraler Bedeutung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte Versorgung. Allerdings gibt es derzeit keine wissenschaftlich konsentierten Instrumente, um individuelle Lebensqualität messbar zu machen.		
		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

			Die Bundespflegekammer stimmt der Aufnahme des Satzes zu.		Die Ermittlung eines, wenn auch mutmaßlichen, Patientenwillens ist Voraussetzung für die Ergriffung jedweder Maßnahmen und daher zwingend zu berücksichtigen.
KBV, GKV-SV zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität					
KBV, GKV-SV, PatV : zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität					
		Die Bundespflegekammer schlägt die Streichung des Satzes vor.		Verschiedene Ansätze konnten mittlerweile ermitteln, dass es keine ausreichenden Instrumente gibt, um individuelle Lebensqualität messbar zu machen. Wir folgen der Empfehlung des DBfK, den Punkt wie folgt zu ergänzen: 9. systematische und strukturierte <i>Selbsteinschätzung der subjektiven Lebensqualität, sofern dies durch den oder die Betroffene möglich ist.</i>	
GKV-SV, KBV zusätzlich: zu 10 [bzw. 11] mit geeigneten Verfahren					
		Die Bundespflegekammer lehnt die Formulierung des Satzes ab.		Die Lebensqualität ist von zentraler Bedeutung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte Versorgung. Allerdings gibt es derzeit keine wissenschaftlich konsentierten Instrumente, um individuelle Lebensqualität messbar zu machen.	

§ 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 Jugend- medizin [.]	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 Fach- ärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeich- nung Kinder- und Jugend- Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<ul style="list-style-type: none"> 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen. 		
§ 4	Abs. 1	Satz 4	<p>GKV-SV: ⁴Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ⁵Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.</p>		
§ 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> <ul 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, 		

			für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugend-Kardiologie.			
§ 4	Absatz 2 bzw. 3	Satz 1				
§ 4	Abs. 2 bzw. 3	Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.			
§ 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,			
			GKV-SV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf	KBV, DKG, PatV: Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf	GKV-SV	KBV, DKG, PatV

			einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit	die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit [.]		
			<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. 			
§ 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		Die Bundespflegekammer regt die Streichung des Leistungsortes an.	Im Interesse von Teilhabe und Selbstbestimmung muss gewährleistet sein, dass die versicherte Person die Leistung grundsätzlich an jedem Ort ihrer Wahl erhalten kann.
§ 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.	

			Die Bundespflegekammer stimmt der Aufnahme des Satzes zu.		Im Zuge der intensivpflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen befinden sich Eltern in einer hohen Belastungssituation und sollten von Bürokratie so weit wie möglich entlastet werden.	
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

				Die Bundespflegekammer stimmt der Formulierung der PatV zu.		Wie oben erwähnt sollte es keine Einschränkungen bezüglich des Leistungsortes geben. Ferner ist eine Beratung durch Personen / Institutionen erforderlich, die die individuellen und örtlichen Gegebenheiten und Versorgungsstrukturen kennen.
§ 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 § 132l 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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch	GKV-SV, KBV	DKG

			die Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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.			
§ 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					
§ 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	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 Versicher-	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>	<p>ten auch bei einem 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>		
				<p>Die Bundespflegekammer stimmt dem Vorschlag der PatV zu.</p>		<p>Es ist zu verhindern, dass durch die „Rückzugspflege“ An- und Zugehörige unter Druck geraten oder überfordert werden. Der Vorschlag der PatV berücksichtigt in angemessener Weise die Intention, An- Und Zugehörige in die Versorgung einzubeziehen und zu empowern, ohne diese in eine Überlastungssituation zu bringen.</p>

§ 9	Absatz 7					
§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege						
§ 10	Absatz 1					
§ 10	Abs. 1		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					

§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			Die Bundespflegekammer stimmt der Aufnahme des Satzteils zu.		Die Ausgestaltung der Versorgung ist Bestandteil des alltäglichen Lebens des Leistungsempfängers, weshalb eine Absprache - auch um eine mögliche Fehlkommunikation zu vermeiden - mit dem oder der Versicherten zusammen erfolgen muss.	
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt	PatV: ¹ 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 Fa-	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>miliensituation gewährleistet werden kann. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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>		
			<p>Wir lehnen die Auffassung von KBV, DKG und GKV-SV ab.</p>		<p>Satz 2 stellt einen Eingriff in die Selbstbestimmungsrechte der betroffenen Personen dar. Die Entscheidung, sich von Angehörigen versorgen zu lassen, obliegt nicht dem Arzt oder der Ärztin, sondern</p>	

					dem oder der Patientin selbst.	
§ 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 vorgesehen.	GKV-SV	PatV, KBV, DKG:
Sonstiges Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.			Wir möchten an dieser Stelle nochmals auf die Anpassung dieser und auch aller weiteren Richtlinien hinweisen, wenn es um die Berufsbezeichnungen für Pflegefachpersonen geht.			



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.

			Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.	
			30.07.2021	
Betreffende Passage in der AKI-RL			Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	↓ 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: /Pflegerkräfte	
			Pflegefachkräfte	Die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege

				sollte durch Pflegefachkräfte erfolgen, weil hier Maßnahmen durchgeführt werden, die lebenswichtige Funktionen der Versicherten betreffen.
§ 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.	
§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4			
§ 1	Abs. 4	Satz 4	KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich: ⁴ Auch eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten gemäß Nummer 5 setzt voraus, dass <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). 	

			Die Ergänzung wird unterstützt.	Die formulierten Voraussetzungen für eine Versorgung an sonstigen geeigneten Orten können als Grundvoraussetzungen für die Erbringung dieser spezifischen Leistung gelten.
§ 1	Absatz 5			
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll	
§ 1	Absatz 6			
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>	
			Keine Unterstützung für eine Verschiebung des Zeitpunktes der Verordnungsfähigkeit auf den 1.1.2023	Warum sollte eine solche Verschiebung sinnvoll sein?
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege				
§ 2	Absatz 1			

§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>
			Das umfänglichere Ziel von GKV, KBV, PatV wird unterstützt		Auch die Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung ist ein lohnenswertes Ziel.	

§ 2	Absatz 4							
§ 2	Absatz 5							
§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege								
§ 3	Absatz 1							
§ 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- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen In-</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen</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 Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft</p>	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>tervention 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 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist.</p>	<p>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</p>	<p>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 sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus be-</p>			
--	--	--	---	---	--	--	--	--

				bestimmt werden können.	stimmt werden können.			
				Zustimmung PKV			Die Definition der DKG für die Erkrankungssituation von berechtigten Versicherten ist viel zu weit gefasst.	
§ 3	Absatz 2							

§ 3	Absatz 3				
§ 3	Abs. 3		<p>GKV-SV, KBV: (3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
			<p>PatV: (3) ¹Zeigt 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>		

			vorgenannten Einrichtungen verfügbar, ist die Ausstellung einer vorübergehenden Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung solange möglich, bis ein Platz zur Verfügung steht.			
			Unterstützung PKV		Ein unmittelbar bestehendes Potential zur Entwöhnung darf nicht ungenutzt verstreichen. Je früher der Versuch zur Entwöhnung genutzt werden kann, desto erfolgreicher ist das in aller Regel.	
§ 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.			
			Die Voraussetzung zur Verordnung hier sind nicht kongruent zu denjenigen in Abs. 5 bzw. 6. In Abs. 4/5 ist die persönliche Untersuchung gefordert.		Die Ersteinschätzung des Entwöhnungspotentials und die Erstverordnung haben eine besondere und wegweisende Bedeutung. Hierzu ist eine persönliche Untersuchung durch den Arzt/die Ärztin erforderlich. Auch die	

			<p>In Abs. 5/6 ist für die Potentialerhebung eine persönliche Untersuchung nur einmal jährlich gefordert, sonst kann auch Telemedizin eingesetzt werden.</p> <p>Vorschlag PKV: Für die Erstverordnung (und Ersteinschätzung des Entwöhnungspotentials) muss immer eine persönliche Untersuchung erfolgen. Telemedizin für die Verordnung und Erhebung des Entwöhnungspotentials kann nur bei Folgeverordnungen eingesetzt werden.</p>		<p>Rahmenbedingungen des Patienten sind im persönlichen Kontakt besser zu erheben und zu verstehen.</p>	
§ 3	Absatz 5 bzw. 6					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potentials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 4	Die Erhebung darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als 4 Wochen sein.		Eine Verordnung sollte auf Basis einer möglichst aktuellen Erhebung erfolgen. Dass dabei 3 Monate alte Erhebungen Grundlage sein können, ist nicht sinnvoll. Schon der Vorschlag von 4 Wochen ist als Kompromiss zu verstehen.	
§ 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.			

§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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		
	PKV: 5. Gerätemesswerte			Diese Werte geben über den Eindruck zum Zeitpunkt Untersuchung hinaus Aufschluss über den Verlauf der				

		Zusätzlich sind die im Beatmungsgerät hinterlegten Beatmungsparameter und das Beatmungsprotokoll zu berücksichtigen.		Beatmung. In § 10 wird das im letzten Abs. (7 bzw. 8) im Konsens umgesetzt. Sinnvoll ist das auch schon als Voraussetzung bei der Verordnung.	
		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	PatV, DKG	KBV, GKV-SV

			(z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])		
			Unterstützung PKV		
		DKG: 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen	KBV, GKV-SV, PatV: 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens	DKG	KBV, GKV-SV, PatV
			Unterstützung PKV		
		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		<p>Vorbemerkung PKV: Nicht nachvollziehbar ist, warum in der Systematik (hier für die Qualifikation) zwischen der Verordnung (Abs. 1) und der Erhebung (Abs. 2 bzw. 3) unterschieden wird. Der verordnende Arzt/Ärztin sollte fachlich auf Augenhöhe mit dem erhebenden Arzt/Ärztin sein; idealerweise erfolgt das in einer Person. Eine Verordnung muss auf dem Verständnis der besonderen Situation des Patienten erfolgen. Die Anforderungen an die Qualifikation sind deshalb grundsätzlich als gleichwertig hoch anzusetzen.</p>			
§ 4	Abs. 1	Satz 2	<p>KBV, PatV, DKG: 5. für Kinder- und Jugendmedizin [.]</p>	<p>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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.</p>	<p>KBV, PatV, DKG</p>	<p>GKV-SV</p>
			<p>Unterstützung PKV, ggf. sollte eine 6-monatige</p>		<p>In der Facharztausbildung Kinder- und Jugendmedizin</p>	

				<p>WB-Zeit auf einer Kinderintensivstation nachgewiesen werden (nicht Neonatologie).</p> <p>Alternativ auch die Zusatzweiterbildung Neonatologie.</p>		<p>müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeleistet werden. Das wird bei den allermeisten Kinderärzten durch einen WB-Zeit auf der Neonatologie erfüllt. Intensivbehandlung jenseits der Neonatologie wird dabei i.d.R. nicht erlernt. Echte Intensivstationen für Kinder/Jugendliche sind so rar, dass viele Kinderärzte dort gar nicht zum Einsatz kommen.</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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv), 	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

				<ol style="list-style-type: none"> 2. prolongiertem Weaning, 3. Tracheostoma, 4. Trachealkanülenmanagement, 5. Sekretmanagement, 6. speziellen Hilfsmitteln, 7. Notfallsituationen und 8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.		
				Unterstützung PKV; Eine Vorgabe für den Umfang der zu erwerbenden Handlungskompetenz wäre wünschenswert.		Wie schon eingangs benannt, sollte die spezifische Qualifikation der verordnenden Ärzte/innen nicht unter derjenigen der Ärzte für die Erhebung des Status liegen.
§ 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,		
			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	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 [.]	GKV-SV
PatV zusätzlich: , b. in der neurologischen Frühreha Phase B, c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum,					

			<p>d. in einem neuromuskulären Zentrum oder</p> <p>e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</p>			
§ 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>			
			<p>PKV: dieser Passus sollte nicht aufgenommen werden.</p>	<p>Im OPS-Kode 8-718 wird derzeit für die Erhebung des Status keine Angabe zur ärztlichen Qualifikation gemacht. Würde die RL so abgefasst, wäre sich in sich widersprüchlich.</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</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</p>	<p>PatV, GKV-SV</p>	<p>KBV</p>

			<p>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>diese in der Arztsuche der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.</p>		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1					
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p>			
			<p>DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)</p>			

§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4		
			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 1	PKV: „... ist bei der Verordnung und Überprüfung ...“	Eine Erörterung der Therapieziele sollte nicht nur bei der Verordnung erfolgen. Nach aktueller Fassung der RL erfolgt die Erhebung ggf. bis zu 3 Monate vor einer Verordnung. Dann sollte mit dem Patienten (und Angehörigen) auch über die (erreichbaren) Therapieziele gesprochen werden.
§ 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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.			
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			
§ 6	Absatz 3					
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements						
§ 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.			
			Unterstützung PKV			
§ 7	Absatz 4					

§ 7	Abs 4	Satz 2	<p>DKG, GKV-SV, KBV: ²Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p>² oder ³Die 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.</p>	<p>PatV:</p> <p>²Bei 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>	<p>DKG, GKV-SV, KBV</p>	<p>PatV</p>
			<p>Unterstützung PKV</p>		<p>Eine frühzeitige Information der Krankenkasse/Krankenversicherung ist von zentraler Bedeutung für die Organisation einer AKI.</p>	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>GKV-SV, KBV:</p> <p>Sobald sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	<p>DKG:</p> <p>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder</p>	<p>GKV-SV, KBV</p>	<p>DKG</p>

			<p>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>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>		
§ 7	Abs. 4	Satz 4 oder 5 bis Satz 6 oder 7	<p>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,</p>			

			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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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.			
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter Rückzugspflege wird die	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
				Unterstützung PKV		Wer sollte sonst für den Patienten und den Prozess verantwortlich sein? Nur eine Verordnung ausstellen und den Prozess

						dann ohne weitere Betreuung laufen zu lassen ist keine Option.
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10	Abs. 1 bzw. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	GKV-SV, DKG	KBV, PatV
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden	PatV: ¹ 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	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			<p>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>Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. ²Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132l 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					
			KBV, PatV:	DKG, GKV-SV:	KBV, PatV	DKG, GKV-SV

§ 10	Abs. 7 bzw. 8		¹ Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	¹ Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
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.						

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.

			Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.	
			Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein	
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 ↓	
§ 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.	

§ 1	Absatz 2			
§ 1	Absatz 3			
§ 1	Absatz 4		(6) an Orten, die der Versicherte aus Gründen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aufsucht, z.B. auf Reisen und bei kulturellen Veranstaltungen.	<p>Dies muss als weiterer Ort ergänzt werden, an dem außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann.</p> <p>Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist nur möglich, wenn während dieser Zeiten ein Anspruch auf AKI besteht.</p> <p>Für die außerklinische Intensivpflege „unterwegs“ ist eine gute Organisation des gesamten erforderlichen Zubehörs erforderlich, um die Sicherheit zu gewährleisten und den Bedürfnissen des Versicherten zu entsprechen.</p>
§ 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).
§ 1	Absatz 5		
§ 1	Abs. 5	Satz 1/ Satz 2	PatV: kann soll
§ 1	Absatz 6		
§ 1	Abs. 7 und Abs. 8		<p>DKG zusätzlich:</p> <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 gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erfolgen, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.</p>
§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege			

§ 2	Absatz 1	Bitte folgenden Passus streichen: „(...) im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung (...)“		Die 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. Dies widerspricht außerdem dem Sinn von §10, Abs. 1, in dem die Verpflichtung zur Teamarbeit aller beteiligten Gesundheitsfachberufe geregelt ist.	
§ 2	Absatz 2				
§ 2	Absatz 3				
§ 2	Abs. 3	<p>DKG (3) ¹Bei 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>GKV-SV, KBV, PatV: (3) ¹Bei 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. ²Bei im Rahmen der Erhebung</p>	<p>DKG</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV:</p>

			nach § 3 Absatz 6 festgestellten 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					<p>Die DGF unterstützt die Formulierung der DKG.</p> <p>Auf keinen Fall ist die Formulierung „mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar“ aus den anderen Vorschlägen akzeptabel. Sollen etwa Versicherte, bei denen lebensbedrohliche Situationen mit „mittlerer“ Wahrscheinlichkeit auftreten, keinen Anspruch auf AKI haben?</p>		
§ 3	Abs. 1		DKG: Die Verordnung von außerklini-	GKV-SV, KBV: Die Verordnung von außerklini-	PatV: Die Verordnung von außerklini-	DKG	GKV-SV, KBV	PatV

			<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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 in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und 5 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft notwendig ist, weil</p>	<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen lebensbedrohlicher Störungen von Vitalfunktionen 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</p>	<p>scher Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen 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</p>			
--	--	--	---	--	---	--	--	--

			<p>gefachkraft 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.</p>	<p>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.</p>	<p>pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich sein kann, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.</p>			
§ 3	Absatz 2							
§ 3	Absatz 3							
			GKV-SV, KBV:	PatV:	GKV-SV, KBV	PatV		

§ 3	Abs. 3		<p>(3) ¹Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem 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 vorüberge-</p>	<p>(3) ¹Zeigt 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>		
-----	--------	--	---	--	--	--

			henden Verordnung zur Sicherstellung 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					
§ 3	Abs. 5 bzw. 6	Satz 2	GKV-SV, KBV: des Potenzials für eine	DKG: der Möglichkeit einer	GKV-SV, KBV	DKG
§ 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.			

§ 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 durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.					
§ 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:	DKG:	KBV, GKV-SV, PatV	DKG				

			6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;	6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;		
		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		<p>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).</p>			
§ 3	Absatz 8 bzw. 9					
§ 3	Abs. 8 bzw. 9	Satz 1	<p>PatV: sollen [...] einbezogen werden</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: sind insbesondere [...] einzubeziehen</p>	<p>PatV</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG:</p>
			<p>PatV, DKG: 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung</p>	<p>KBV, GKV-SV: 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])</p>	<p>PatV, DKG</p>	<p>KBV, GKV-SV</p>

			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 Fachärztinnen und Fachärzte a) mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie, b) mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.	KBV, PatV, DKG	GKV-SV
			PatV zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
§ 4	Abs. 1	Satz 3	KBV, PatV, DKG: ³ Daneben können an der hausärztlichen Versorgung	GKV-SV: ³ Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinder-	KBV, PatV, DKG	GKV-SV

			<p>teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.</p>	<p>ärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit</p> <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 <p>verfügen.</p>		

§ 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		Satz 2	PatV, KBV, DKG zusätzlich: ² Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnen.

	Abs. 2 bzw. 3				
§ 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,		
			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	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 [.]	GKV-SV
		PatV zusätzlich: ,			

			<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. 			
§ 4	Abs. 3 bzw. 4	Satz 2	DKG, KBV, PatV zusätzlich: ² 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. ³ Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
§ 4	Absatz 4 bzw. 5					
§ 4	Abs. 4 bzw. 5	Satz 1	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.	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	PatV, GKV-SV	KBV

			<p>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>	Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht.		
§ 4	Absatz 5 bzw. 6					
§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege						
§ 5	Absatz 1					
§ 5	Abs. 1	Satz 3	<p>GKV-SV zusätzlich: Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt übermittelt die Verordnung unverzüglich an die Krankenkasse.</p>			
			<p>DKG: zu 1.: (einschließlich Angaben zum Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial)</p>			

§ 5	Abs. 1	Satz 3 oder 4		
			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.			
§ 6	Abs. 2	Satz 2	DKG, GKV-SV, KBV: ² Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	PatV: <i>[streichen]</i>	DKG, GKV-SV, KBV	PatV
§ 6	Abs. 2	Satz 3	KBV, PatV: hat soll			

§ 6	Absatz 3			
§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements				
§ 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.]	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
			DKG, GKV-SV, KBV	PatV

			<p>2 oder 3 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.</p>	<p>selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>		
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen.</p>	<p>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 § 132l Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. Ungeachtet davon stellt auch</p>	GKV-SV, KBV	DKG

			die Liste der Leistungserbringer nach 132I Absatz 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 dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen unverändert vorliegen.	GKV-SV, KBV, PatV: ² Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen.	DKG	GKV-SV, KBV, PatV:
§ 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	<p>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,</p>			
			<p>Zusätzlich: (10) Die Durchführung von Maßnahmen der Beatmungsentwöhnung im Rahmen eines ärztlichen Weaningprotokolls, in dem Beatmungseinstellungen, Zeiten und Abbruchkriterien definiert sind</p>	<p>Nicht immer ist ein Platz in einem Weaningzentrum kurzfristig verfügbar. In der Praxis funktioniert die „ambulante“ Beatmungsentwöhnung teilweise gut und stellt für die Betroffenen eine Chance dar, im gewohnten Lebensumfeld Fortschritte zu machen, die im stationären Setting nicht immer möglich sind. Phasen von Spontanatmung auszuweiten bedeutet außerdem ein Plus an Lebensqualität für die Versicherten. Es wäre fatal, diese Möglichkeit nicht zuzulassen, wenn sie in einem gut funktionierenden ärztlich- nichtärztlichen Betreuungsteam etabliert ist.</p>		

§ 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.			
§ 9	Absatz 3					
§ 9	Absatz 4		streichen: „und Beatmungsentwöhnung“	Die Beatmungsentwöhnung sollte im Rahmen etablierter Strukturen und vorgegebener Algorithmen delegierbar sein (siehe oben: Absatz 1)		
§ 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					
§ 9	Abs. 6	Satz 1-3	GKV-SV, KBV, DKG: ¹ Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. ² Unter Rückzugspflege wird die	PatV: ¹ Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der	GKV-SV, KBV, DKG	PatV

			<p>Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. ³Im 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>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 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		KBV, DKG, PatV: <i>[Absatz streichen]</i>	GKV-SV: 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].	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
§ 10	Absatz 1 bzw. 2					
§ 10		Satz 2	PatV zusätzlich: und unter Beteiligung			

	Abs. 1 bzw. 2					
			PatV zusätzlich: einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen			
§ 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	KBV, PatV: ² Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt	GKV-SV, DKG	KBV, PatV

			Maßnahmen zur Entwöhnung oder Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.	leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.		
§ 10	Absatz 5 bzw. 6					
§ 10	Abs. 5 bzw. 6	Satz 1-4	KBV, DKG, GKV-SV: ¹ Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132l 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. ² Ein Rückzug darf nur nach	PatV: ¹ 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. ² Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem	KBV, DKG, GKV-SV	PatV

			Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. ³ Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. ⁴ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.	verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. ³ Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.		
§ 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.				