

## Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

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	
<b>Betreffende Passage in der AKI-RL</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>  ↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte bei Bedarf Ihre Stellungnahme bzw. Ihren Änderungsvorschlag ein.	<b>Begründung</b>  ↓ Bitte fügen Sie in dieser Spalte eine entsprechende Begründung zu Ihrer Stellungnahme bzw. zu Ihrem Änderungsvorschlag ein.
<b>§ 1 Grundlagen</b>		
<b>§ 1</b>	<b>Absatz 1</b>	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: <a href="https://www.bibb.de/dokumente/pdf/2021-07-01_Pflegeausbildung_Module_erweiterte_Kompetenzen_genehmigte_Vorabfassung.pdf">https://www.bibb.de/dokumente/pdf/2021-07-01_Pflegeausbildung_Module_erweiterte_Kompetenzen_genehmigte_Vorabfassung.pdf</a>

			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	<b>PatV zusätzlich:</b> /Pflegerkräfte	
			Ablehnung des Vorschlags der PatV, bzw. Anwendung ausschließlich in Fällen des persönlichen Budgets.	
§ 1	Abs. 1	Satz 5	<b>GKV-SV, DKG, KBV zusätzlich:</b> <sup>5</sup> 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	<b>Absatz 2</b>	Satz 2 besser „...medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.“		<p>Formulierung analog § 11 Ab. 1 Satz 2 SGB XI. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass die Pflegewissenschaft gegenüber der Medizin gleichwertig zu gewichten ist.</p>
§ 1	<b>Absatz 3</b>	<b>Die mögliche Übernahme der medizinischen Behandlungspflege sollte in jedem Fall, von Kindes- bis Erwachsenenalter, der Selbsteinschätzung der An- und Zugehörigen obliegen.</b>		<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.
<b>§ 1</b>	<b>Absatz 4</b>	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.
<b>§ 1</b>	<b>Abs. 4</b>	<b>Satz 4</b>	<b>KBV, DKG, GKV-SV zusätzlich:</b> <sup>4</sup> 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>
<b>§ 1</b>	<b>Absatz 5</b>	<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>
<b>§ 1</b>	<b>Abs. 5</b>	<b>PatV:</b> <del>kann</del> soll	

		<b>Satz 1/ Satz 2</b>	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)
<b>§ 1</b>	<b>Absatz 6</b>			
<b>§ 1</b>	<b>Abs. 7 und Abs. 8</b>		<b>DKG zusätzlich:</b> (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.
<b>§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege</b>				
<b>§ 2</b>	<b>Absatz 1</b>			

§ 2	Absatz 2					
§ 2	Absatz 3					
§ 2	Abs. 3		<p><b>DKG</b>  (3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen zum Zeitpunkt der Verordnung kein Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besteht, ein solches sich aber perspektivisch noch ergeben könnte, stellt der Versuch dieses zu erreichen, eine weitere Zielsetzung dar.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b>  (3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung. <sup>2</sup>Bei im Rahmen der Erhebung nach § 3 Absatz 6 festgestellten perspektivischen Potenzialen sollen diese im weiteren Verlauf stabilisiert und gehoben werden.</p>	<p><b>DKG</b></p>	<p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b></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.			
<b>§ 3 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege</b>								
§ 3	Absatz 1							
§ 3	Abs. 1		<p><b>DKG:</b> 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><b>GKV-SV, KBV:</b> 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><b>PatV:</b> 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> .		
<b>§ 3</b>	<b>Absatz 2</b>					Zustimmung		
<b>§ 3</b>	<b>Absatz 3</b>							
<b>§ 3</b>	<b>Abs. 3</b>		<p><b>GKV-SV, KBV:</b> (3) <sup>1</sup>Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nicht ausgestellt werden. <sup>2</sup>Stattdessen leitet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. <sup>3</sup>Sind kurzfristig keine Kapazitäten in</p>	<p><b>PatV:</b> (3) <sup>1</sup>Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach Absatz [5 bzw. 6], dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung vorliegt, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten in der Regel unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung.</p>	<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>PatV</b>		

		<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. <sup>2</sup>Die 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.	
<b>§ 3</b>	<b>Absatz 5 bzw. 6</b>		<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"> <li>1. Kommunikation,</li> <li>2. Lebensqualität oder</li> <li>3. Sicherheitsgefühl,</li> </ol> <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>	
<b>§ 3</b>	<b>Abs. 5 bzw. 6</b>	<b>Satz 2</b>	<b>GKV-SV, KBV:</b> des Potenzials für eine Zustimmung	<b>DKG:</b> der Möglichkeit einer	<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG</b>
<b>§ 3</b>		<b>Satz 5</b>	<b>GKV-SV, KBV, DKG</b> zusätzlich: <sup>5</sup> Bei Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, muss die Erhebung mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.			

	<b>Abs. 5 bzw. 6</b>		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>
<b>§ 3</b>	<b>Abs. 5 bzw. 6</b>	<b>Satz 10</b>	<b>PatV zusätzlich:</b> <sup>10</sup> Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer	

		<b>und 11</b>	<p>Entwicklungsstand vorliegt, ist in den Fällen nach Satz 9 eine erneute Erhebung nicht mit jeder Folgeverordnung verpflichtend. <sup>11</sup>Die Fachärztinnen und Fachärzte nach § 4 Absatz [3 bzw. 4], die die Erhebung nach Satz 1 zuletzt durchgeführt haben, legen im Behandlungsplan fest, wann der oder die Versicherte zur erneuten Erhebung und Therapiekontrolle vorgestellt werden soll.</p>			
			<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 unnötige Belastung und für das Gesundheitssystem zusätzliche Kosten dar.</p>	
<b>§ 3</b>	<b>Absatz 6 bzw. 7</b>		<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>	
<b>§ 3</b>	<b>Abs. 6 bzw. 7</b>	<b>Satz 1</b>	<p><b>PatV:</b> sollen [...] erhoben werden</p>	<p><b>KBV, GKV-SV, DKG:</b> sind insbesondere [...] zu erheben</p>	<p><b>PatV</b></p>	<p><b>KBV, GKV-SV, DKG</b></p>
			<p>Zustimmung zu Vorschlag PatV da hier Beatmete ohne Weaningmöglichkeit ausgenommen werden können.</p>		<p>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.</p>	

0. <b>PatV</b> 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.	
<b>DKG:</b> 1. c) Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)	<b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> 1. c) Sedierungs- und Schmerzstatus	<b>DKG</b>	<b>KBV, GKV-SV, PatV</b>
		Die Erhebung des Schmerzstatus gehört schon jetzt - auf Grundlage des bestehenden Expertenstandards Schmerz - in der Pflege zur Standarderhebung.	
<b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> 6. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;	<b>DKG:</b> 6. Feststellung, ob der bisherige Verlauf der Grund- und Begleiterkrankungen und der akuten Erkrankungsphase eine erfolgreiche Beatmungsentwöhnung erwarten lässt;	<b>KBV, GKV-SV, PatV</b>	<b>DKG</b>
Zustimmung		Diese Herangehensweise	und



					Betrachtung richtet sich nicht nur auf die Frage der Beatmungsentwöhnung, sondern auch der weiteren umfassenden Krankheitsentwicklung.	
<b>KBV, GKV-SV, PatV: 7. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten</b>						
			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.	
<b>KBV, GKV-SV, PatV: 8. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</b>						
			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.	
			<b>KBV, GKV-SV zusätzlich zu 8.:</b> (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)			
			Siehe oben			
			<b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> 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.		
			<b>PatV</b> zusätzlich: unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren	<b>GKV-SV, KBV</b> zusätzlich: mit geeigneten Verfahren	<b>PatV</b>	<b>GKV-SV, KBV</b>
			Wenn Erfassung, dann immer unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren!			Was sind geeignete Faktoren und wer definiert diese?
<b>§ 3</b>	<b>Absatz 7 bzw. 8</b>					
<b>§ 3</b>	<b>Abs. 7 bzw. 8</b>		<b>DKG, KBV, PatV:</b> 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).			
<b>§ 3</b>	<b>Absatz 8 bzw. 9</b>					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.
<b>§ 3</b>	<b>Abs. 8 bzw. 9</b>	<b>Satz 1</b>	<b>PatV:</b> sollen [...] einbezogen werden	<b>KBV, GKV-SV, DKG:</b> sind insbesondere [...] einzubeziehen	<b>PatV</b>	<b>KBV, GKV-SV, DKG:</b>
			Zustimmung PatV			Somit ist der Katalog abschließend.
			<b>PatV, DKG:</b> 3. Vorhandensein und gegebenenfalls Ausmaß von Schluckstörungen oder Aspirationsneigung	<b>KBV, GKV-SV:</b> 3. Standardisiertes Aspirationscreening 4. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (z.B. fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES])	<b>PatV, DKG</b>	<b>KBV, GKV-SV</b>
			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><b>Kosten/Nutzen Faktor!</b></p>	
			<p><b>DKG:</b> 5. Fähigkeit zur Mitarbeit 6. Patientenwillen</p>	<p><b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> 6. Adhärenz 7. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens</p>	<b>DKG</b>	<b>KBV, GKV-SV, PatV</b>
			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.
			<b>KBV, GKV-SV</b> zusätzlich: 10. laryngeale Sensibilität	
			<b>KBV, GKV-SV, PatV:</b> zusätzlich 10. [bzw. 11.] Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität	
			<b>Streichen bzw. Ablehnung</b>	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.
			<b>GKV-SV, KBV</b> 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: <sup>2</sup> Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.			
			Zustimmung			
<b>§ 4 Qualifikation der verordnenden und potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte</b>						
§ 4	Absatz 1		Ergänzung der Fachärzte:  Fachärzte mit mindestens einjähriger Erfahrung in der Betreuung von außerklinischen Intensivpatienten oder mindestens 2-jähriger stationärer Intensivverfahren.		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.	
§ 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.
			<b>PatV</b> zusätzlich: 6. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde für die Behandlung von trachealkanülierten nicht beatmeten Versicherten.			
			Zustimmung			
<b>§ 4</b>	<b>Abs. 1</b>	<b>Satz 3</b>	<b>KBV, PatV, DKG:</b> <sup>3</sup> Daneben können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen.	<b>GKV-SV:</b> <sup>3</sup> Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Handlungskompetenzen im Umgang mit <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beatmung (nicht-invasiv/invasiv),</li> <li>2. prolongiertem Weaning,</li> <li>3. Tracheostoma,</li> <li>4. Trachealkanülenmanagement,</li> <li>5. Sekretmanagement,</li> <li>6. speziellen Hilfsmitteln,</li> <li>7. Notfallsituationen und</li> <li>8. Dysphagie sowie der Behandlung außerklinisch Beatmeter verfügen.</li> </ol>	<b>KBV, PatV, DKG</b>	<b>GKV-SV</b>

			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: <sup>4</sup> Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege für Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>5</sup> Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt.			
			Streichen		Siehe Satz 3	
§ 4	Absatz 2					
§ 4	Abs. 2	Satz 1	<p><b>DKG, KBV, PatV</b> zusätzlich: (2) <sup>1</sup>Erfolgt die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege für beatmete Versicherte oder trachealkanülierte Versicherte im Rahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus, darf die Verordnung nur durch eine oder einen an der stationären Behandlung der Versicherten oder des Versicherten beteiligte(n) Ärztin oder Arzt erfolgen. <sup>2</sup>Bei diesen verordnenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. für Innere Medizin und Pneumologie,</li> <li>2. für Innere Medizin und Kardiologie,</li> <li>3. für Anästhesiologie,</li> <li>4. für Neurologie,</li> <li>5. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,</li> </ol> <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: <sup>2</sup> 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	
			<b>GKV-SV:</b> Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 3-jähriger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von	<b>KBV, DKG, PatV:</b> 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><b>PatV</b> zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. in der neurologischen Frühreha Phase B,</li> <li>c. in einem Querschnittsgelähmten-Zentrum,</li> <li>d. in einem neuromuskulären Zentrum oder</li> <li>e. in der ärztlichen Behandlung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege.</li> </ul>					
		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.	
<b>§ 4</b>	<b>Abs. 3 bzw. 4</b>	<b>Satz 2</b>	<b>DKG, KBV, PatV</b> zusätzlich: <sup>2</sup> 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. <sup>3</sup> Diese personellen Anforderungen richten sich nach der zum Zeitpunkt der Erhebung für die durchführenden Krankenhäuser verbindlich gültigen Leistungsbeschreibung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).			
<b>§ 4</b>	<b>Absatz 4 bzw. 5</b>					
<b>§ 4</b>	<b>Abs. 4 bzw. 5</b>	<b>Satz 1</b>	<b>PatV, GKV-SV</b> 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. <sup>2</sup> Die Liste ist ein- mal in jedem Quartal zu aktu- alisieren. <sup>3</sup> 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.	<b>KBV:</b> 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.	<b>PatV, GKV-SV</b>	<b>KBV</b>

		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>
<b>§ 4</b>	<b>Absatz 5 bzw. 6</b>			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.
<b>§ 5 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege</b>				
<b>§ 5</b>	<b>Absatz 1</b>	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. <b>Datenschutz!</b> 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)
<b>§ 6 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege</b>			
§ 6	Absatz 1		
§ 6	Absatz 2		
§ 6	Abs. 2	Satz 2	PatV zusätzlich: <sup>2</sup> Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, kann die Folgeverordnung für längstens 12 Monate ausgestellt werden, wenn kein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial absehbar ist oder die oder der Versicherte nicht beatmet oder trachealkanüliert ist.

			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	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> <sup>2</sup> Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen.	<b>PatV:</b> [streichen]	<b>DKG, GKV-SV, KBV</b>	<b>PatV</b>	
			Streichen, siehe oben		Für eine solche Beurteilung gibt es keine objektiven Kriterien.		
§ 6	Abs. 2	Satz 3	<b>KBV, PatV:</b> <del>hat</del> 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.
<b>§ 7 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements</b>				
§ 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	<b>KBV, GKV-SV, PatV</b> zusätzlich: <sup>2</sup> Dabei ist durch das Krankenhaus sicherzustellen, dass bei aktuell vorliegendem Potenzial keine Überführung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung erfolgt.	
			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><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> <sup>2</sup>Sie ist zwingend noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einzubeziehen.]</p> <p><sup>2 oder 3</sup>Die Krankenkasse klärt unverzüglich den Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch.</p>	<p><b>PatV:</b></p> <p><sup>2</sup>Bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse die Versorgung durch einen Leistungserbringer oder eine von der oder dem Versicherten selbst organisierte Versorgung und eine vertragsärztliche Weiterbetreuung gemäß Absatz 7 sicherzustellen.</p>	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 § 132I Abs. 5 SGB V zugelassenem Leistungserbringer.	
§ 7	Abs. 4	Satz 3 oder 4	<b>GKV-SV, KBV:</b> 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.	<b>DKG:</b> 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	<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG</b>
			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	<b>GKV-SV, KBV:</b> <sup>4 oder 5</sup> In Abstimmung mit der oder dem Versicherten nimmt das Krankenhaus Kontakt zu einem oder mehreren Leistungserbringern auf, um die Möglichkeit der Weiterversorgung der oder des Versicherten zu klären und den voraussichtlichen Entlasstag abzustimmen. <sup>5 oder 6</sup> Das Krankenhaus teilt der Krankenkasse den mit dem Leistungserbringer abgestimmten voraussichtlichen Entlasstag mit. <sup>6 oder 7</sup> Zeigt sich, dass der oder die in Aussicht genommenen Leistungserbringer keine verfügbaren Kapazitäten für die Versorgung der oder des Versicherten haben, stimmen sich die oder der Versicherte, das Krankenhaus sowie die Krankenkasse gemeinsam über das weitere Vorgehen ab.		
			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	<b>DKG zusätzlich:</b> <sup>7</sup> 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	<b>DKG:</b> <sup>2</sup> Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege <b>im Wesentlichen</b> unverändert vorliegen.	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> <sup>2</sup> 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	<b>DKG zusätzlich:</b> die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen			
			Zustimmung			
§ 7	Absatz 6					
§ 7	Absatz 7					
<b>§ 8 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege</b>						
§ 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, <b>den Leistungserbringer</b> 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.	
<b>§ 8</b>	<b>Absatz 3</b>					
<b>§ 8</b>	<b>Abs.3</b>	<b>Satz 1</b>	<b>DKG, KBV, PatV: fünften</b>	<b>GKV-SV: dritten</b>	<b>DKG, KBV, PatV</b>	<b>GKV-SV</b>
			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.	
<b>§ 8</b>	<b>Absatz 4</b>					
<b>§ 9</b>	<b>Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege</b>					
<b>§ 9</b>	<b>Absatz 1</b>					



§ 9	Abs. 1	Satz 2	<b>PatV zusätzlich:</b> 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	<b>PatV zusätzlich:</b> <sup>2</sup> Umfasst sind auch pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht.	
			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.

<b>§ 9</b>	<b>Absatz 3</b>		
<b>§ 9</b>	<b>Absatz 4</b>	<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><b>PatV zusätzlich:</b> 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	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b></p> <p><sup>1</sup>Der Leistungserbringer orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. <sup>2</sup>Unter Rückzugspflege wird die Verminderung des durch den Leistungserbringer erbrachten Versorgungsumfangs bei der oder dem Versicherten verstanden. <sup>3</sup>Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind die An- und Zugehörigen der oder des Versicherten einzubeziehen und deren Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten zu stärken, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>	<p><b>PatV:</b></p> <p><sup>1</sup>Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege ist die Beteiligung der An- und Zugehörigen an der medizinischen Behandlungspflege in dem nach § 10 Absatz 5 definierten Umfang zu ermöglichen. <sup>2</sup>Der ärztlich verordnete Leistungsumfang wird durch die Beteiligung der An- und Zugehörigen nicht reduziert, um die Versorgungssicherheit der oder des Versicherten auch bei einem beispielsweise krankheitsbedingten Ausfall der An- und Zugehörigen nicht zu gefährden. <sup>3</sup>Der Versorgungsumfang des Leistungserbringers nach §132I vermindert sich nur in dem Umfang der von den An- und Zugehörigen tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>	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.	
<b>§ 10 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege</b>						
<b>§ 10</b>	<b>Absatz 1</b>				Wie werden die Zeiten für Fallbesprechungen, insbesondere für die Therapeut*innen (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Atemtherapie) vergütet?	
<b>§ 10</b>	<b>Abs. 1</b>		<b>KBV, DKG, PatV:</b> <i>[Absatz streichen]</i>	<b>GKV-SV:</b> 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].	<b>KBV, DKG, PatV</b>	<b>GKV-SV</b>
			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.	
<b>§ 10</b>	<b>Absatz 1 bzw. 2</b>						
<b>§ 10</b>	<b>Abs. 1 bzw. 2</b>	<b>Satz 2</b>	<b>PatV zusätzlich:</b> 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.
			<b>PatV zusätzlich:</b> einschließlich der an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen aufnehmen				
<b>§ 10</b>	<b>Abs. 1 bzw. 2</b>	<b>Satz 3</b>	<b>KBV, DKG, PatV:</b> kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu	<b>GKV-SV:</b> sind verpflichtend	<b>KBV, DKG, PatV</b>	<b>GKV-SV</b>	
			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
<b>§10</b>	<b>Abs. 1 bzw. 2</b>	<b>Satz 4</b>	<b>GKV-SV zusätzlich:</b> wenn sie die Anforderungen dieser Richtlinie berücksichtigen.			
<b>§ 10</b>	<b>Absatz 2 bzw. 3</b>					
<b>§ 10</b>	<b>Absatz 3 bzw. 4</b>					
<b>§ 10</b>	<b>Absatz 4 bzw. 5</b>		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.	
<b>§ 10</b>	<b>Abs. 4 bzw. 5</b>	<b>Satz 2</b>	<b>GKV-SV, DKG:</b> <sup>2</sup> Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat unverzüglich die weiteren Maßnahmen zur Entwöhnung oder	<b>KBV, PatV:</b> <sup>2</sup> Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die weiteren Maßnahmen einschließlich der Einbindung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 4 Absatz 4 ein.	<b>GKV-SV, DKG</b>	<b>KBV, PatV</b>

			Dekanülierung einzuleiten und die Krankenkasse zu informieren.			
			Ablehnung	Zustimmung		
<b>§ 10</b>	<b>Absatz 5 bzw. 6</b>					
<b>§ 10</b>	<b>Abs. 5 bzw. 6</b>	<b>Satz 1-4</b>	<p><b>KBV, DKG, GKV-SV:</b></p> <p><sup>1</sup>Falls Maßnahmen der Rückzugspflege angestrebt werden, arbeitet der Leistungserbringer nach § 132I SGB V bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen zur Rückzugspflege eng mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und ggf. mit den An- und Zugehörigen zusammen. <sup>2</sup>Ein Rückzug darf nur nach Zustimmung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. <sup>3</sup>Die Umsetzung der Rückzugspflege erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten. <sup>4</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt</p>	<p><b>PatV:</b></p> <p><sup>1</sup>Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. <sup>2</sup>Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.</p>	<b>KBV, DKG, GKV-SV</b>	<b>PatV</b>



			informiert die Krankenkasse unmittelbar über das Ergebnis.			
			Ablehnung	<p>Aufnahmen mit Änderung:</p> <p><sup>1</sup>Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann.</p> <p><sup>2</sup>Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen.</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>	<p>Satz 3 streichen</p> <p>Eine Information an den Kostenträger erfolgt durch den Versicherten oder den Leistungserbringer.</p>
<b>§ 10</b>	<b>Absatz 7 bzw. 8</b>					
<b>§ 10</b>	<b>Abs. 7 bzw. 8</b>		<p><b>KBV, PatV:</b></p> <p><sup>1</sup>Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende</p>	<p><b>DKG, GKV-SV:</b></p> <p><sup>1</sup>Im Rahmen von regelmäßig persönlich durchgeführten Hausbesuchen durch die verordnende</p>	<b>KBV, PatV</b>	<b>DKG, GKV-SV</b>

			Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt	Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt		
			Zustimmung	Ablehnung		Telemedizin darf nicht ausgeschlossen werden
<b>Anhang Behandlungsplan</b>			<b>GKV-SV</b> Inhalte des Behandlungsplans als Bestandteil der Richtlinie	<b>PatV, KBV, DKG:</b> Behandlungsplan nicht als Bestandteil der Richtlinie vorsehen.	<b>GKV-SV</b>	<b>PatV, KBV, DKG:</b>
			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.
<b>Sonstiges</b> Bitte nutzen Sie das nebenstehende Feld für sonstige Aspekte Ihrer Stellungnahme.			<b>GRUNDSÄTZLICH MÖCHTE WIR FOLGENDEN INHALTEN EIN BESONDERES GEWICHT VERLEIHEN:</b>  <b>Fachärzt*innen &amp; Verordnung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> </ul>			

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.