Gemeinsamer Bundesausschuss

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie: Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) und Anpassung § 5a

Vom 5. Dezember 2024

Inhalt

1. Rechtsgrundlage 2
2. Eckpunkte der Entscheidung 2
2.1 Anpassung der Übergangsregelung in § 5a 2
2.2 Ausnahmeregelung in § 5b (neu) 4
2.3 Anpassung in § 5 Absatz 6 Satz 1 5
2.4 Regelung zum Inkrafttreten 5
2.5 Besonderheiten des Verfahrens 5
3. Würdigung der Stellungnahmen 5
4. Bürokratiekostenermittlung 6
5. Verfahrensablauf 6
6. Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens 8
6.1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen 8
6.2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens 8
6.3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer 8
6.4 Eingegangene Stellungnahmen 8
6.5 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren 11
6.6 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren 13
6.7 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen 19
6.8 Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen 37
6.9 Mündliche Stellungnahmen 57
6.9.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten 57
6.9.2 Wortprotokoll 59

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220), welches mit Ausnahme von Artikel 2 am 29. Oktober 2020 in Kraft getreten ist, wurde durch die Einfügung des § 37c ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie / AKI-RL) das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen zu bestimmen sowie die Anforderungen festgelegt:

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 tracheotomiert sind und
4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Anpassung der Übergangsregelung in § 5a

Aufgrund der zwingenden Verknüpfung in § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V muss vor jeder Verordnung von außerklinischer Intensivpflege eine Potenzialerhebung erfolgen. Dieser gesetzgeberische Wille wird durch § 5a der AKI-RL umgesetzt.

Mit Blick auf die seinerzeit noch geringe und nur langsam steigende Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Potenzialerhebungen vornehmen konnten, sowie deren regional sehr unterschiedliche Verteilung wurde mit Beschluss vom 20. Juli 2023 zur Sicherstellung der erforderlichen Versorgung der Versicherten eine Übergangsregelung in § 5a der AKI-RL geschaffen. Mit dieser wurde dem in der Umstellungsphase von der Verordnungsgrundlage der HKP-RL auf die AKI-RL zu erwartenden hohen Bedarf an Potenzialerhebungen (Bedarfsspitze) befristet bis zum 31. Dezember 2024 Rechnung getragen, indem die unbedingte Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durch eine „Soll-Regelung“ ergänzt wurde.

Die befristete Soll-Regelung bedeutet, dass eine Erhebung, soweit sie möglich ist, gemäß § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V i. V. m. § 5a der AKI-RL durchgeführt werden muss. Für den Fall, dass eine Erhebung wegen der Nichtverfügbarkeit potenzialerhebender Ärztinnen und Ärzte im Einzelfall nicht durchgeführt werden kann, hat die Verordnerin oder der Verordner darauf hinzuwirken, dass die unterbliebene Potenzialerhebung in naher Zukunft, spätestens jedoch bis

zum 31. Dezember 2024, nachgeholt wird; insoweit bewirkt die befristete Soll-Regelung lediglich eine Streckung des Zeitrahmens der Inanspruchnahme, nicht jedoch eine Aussetzung des Anspruchs des Versicherten auf Potenzialerhebung.

Der G-BA hat die Entwicklung der Versorgungssituation im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege kontinuierlich beobachtet und sich in seinen Gremien engmaschig hierzu ausgetauscht. Die Basis dessen bildeten einerseits die monatlichen bzw. quartalsweisen Berichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über die Entwicklung der Anzahl verordnungsberechtigter und potenzialerhebender Ärztinnen und Ärzte sowie andererseits die Berichte des GKV-Spitzenverbands über die Anzahl der durchgeführten Potenzialerhebungen im Rahmen der AKI für die Monate November und Dezember 2023 und für den Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 30. Juni 2024. Nach diesen Berichten ist von einer kontinuierlich – wenn auch zuletzt abflachend – steigenden Anzahl der potenzialerhebungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte sowie einem moderaten Anstieg der Versicherten im AKI-Leistungsbezug auszugehen, die eine Potenzialerhebung erhalten haben.

Vor dem Hintergrund dieser vorliegenden Hinweise ist nach aktuellem Stand davon auszugehen, dass nach Auslaufen der bis zum 31. Dezember 2024 geltenden Übergangsregelung ab dem 1. Januar 2025 weiterhin ein Bedarf an Potenzialerhebungen bestehen wird, der die kurz- bis mittelfristig verfügbaren fachärztlichen Kapazitäten übersteigt; die Soll-Regelung alleine hat demnach trotz der positiven Entwicklung bei der Anzahl der potenzialerhebungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte nicht zu dem erwarteten vollständigen Abbau der Bedarfsspitze in der Fläche geführt.

Vor diesem Hintergrund sieht der G-BA weiterhin Handlungsbedarf, zur Sicherstellung der Versorgung Regelungen mit dem Ziel zu treffen, die Bedarfsspitzen zur Potenzialerhebung abzubauen. Somit wird zum einen die Anwendung der Übergangsregelung des § 5a einmalig bis zum 30. Juni 2025 verlängert und zum anderen eine Ausnahmeregelung für sog. Bestandsfälle neu geschaffen (siehe hierzu 2.2 Ausnahmeregelung in § 5b (neu)).

Die kurzzeitige Verlängerung der Übergangsregelung nach § 5a soll insbesondere Friktionen für nicht unter die Ausnahmeregelung nach § 5b fallende Versicherte vermeiden und mit der befristeten Fortführung der Soll-Regelung für alle Versicherten mit Potenzialerhebungsvorbehalt eine weitere zeitliche Streckung für eine strukturierte Umsetzung der Potenzialerhebungsverpflichtung schaffen. Bereits nach der bis zum 31. Dezember 2024 geltenden Soll-Regelung sahen die Tragenden Gründe zum Beschluss vom 20. Juli 2023 vor, dass die Verordnerin oder der Verordner bei unterbliebener Potenzialerhebung dies zu dokumentieren und darauf hinzuwirken hat, dass die Potenzialerhebung in naher Zukunft nachgeholt wird. Diese Verpflichtung zur Hinwirkung auf eine Potenzialerhebung wird aus Gründen der Richtlinien-Klarheit und -Transparenz nunmehr aus den Tragenden Gründen in den Richtlinien-Wortlaut übernommen. Aus dieser Hinwirkungspflicht resultiert die Notwendigkeit zur Kontaktaufnahme mit potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten, sodass im Rahmen dieser Kontaktaufnahme bei aktuell fehlender Terminverfügbarkeit ein in der Zukunft liegender Potenzialerhebungstermin vereinbart werden kann.

Die Regelung in Satz 3, wonach durch die Verordnerin oder den Verordner auf dem Verordnungsvordruck die Begründung der Nichterhebung zu dokumentieren und anzugeben ist, ob und wenn ja, für welchen Zeitpunkt ein Termin für die Potenzialerhebung vereinbart werden konnte, greift diese Aspekte auf. Die Dokumentation der Begründung für eine unterbliebene Potenzialerhebung verschafft im Einzelfall die erforderliche Transparenz im Hinblick auf die richtlinienkonforme Anwendung der Soll-Regelung. Der mögliche Hinweis auf einen in der Zukunft liegenden vereinbarten Termin für die Potenzialerhebung gibt Aufschluss über die zu erwartende Entwicklung im Einzelfall.

Die Regelung in Satz 2, wonach die Verordnerin oder der Verordner für den Fall, dass eine Erhebung nicht durchgeführt wurde, darauf hinzuwirken hat, dass die unterbliebene Potenzialerhebung in naher Zukunft, spätestens jedoch bis zum 30. Juni 2025, erfolgt, unterstreicht die während des gesamten Anwendungszeitraums der Soll-Regelung vom 15. September 2023 bis zum 30. Juni 2025 intendierte Anwendung, nicht auf erforderliche Potenzialerhebungen zu verzichten, sondern mit Blick auf die begrenzten Ressourcen für die Potenzialerhebungen den Zeitrahmen für die Inanspruchnahme zu strecken, um damit den Bedarfsspitzen zu bestimmten Zeitpunkten wirksam zu begegnen.

Die mit Blick auf den zeitlich begrenzten Anwendungszeitraum der Soll-Regelung gewählte Formulierung „spätestens jedoch bis zum 30. Juni 2025“ soll lediglich klarstellen, dass für diesen Zeitraum eine besondere Hinwirkungspflicht der Verordnungsberechtigten besteht. Ferner hat der Einschub nicht zur Folge, dass Verordnungen ohne Potenzialerhebung im Rahmen der Regelung des § 5a zeitlich maximal für eine Dauer bis zum 30. Juni 2025 erfolgen dürfen; für die Dauer der Verordnung gelten die Regelungen des § 7.

2.2 Ausnahmeregelung in § 5b (neu)

Neben der zeitlich begrenzten weiteren Anwendung der Regelung des § 5a wird zur Vermeidung von weiterhin befürchteten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung ab dem 1. Januar 2025 in einem neuen § 5b AKI-RL eine neue Ausnahmeregelung aufgenommen. Diese gilt ausschließlich für Versicherte, die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten (sog. Bestandsfälle).

Vor dem Hintergrund des in der Regel lange andauernden Leistungsbezugs bereits vor dem Inkrafttreten der AKI-RL und der damit einhergehenden ärztlichen Bewertungen und Begleitungen im Versorgungsprozess dieser Versicherten wird es als sachgerecht eingeschätzt, für diese Versicherten die Quantität der formal erforderlichen Potenzialerhebungen zu reduzieren. Die neue Ausnahmeregelung sieht deshalb vor, dass in solchen Bestandsfällen mindestens einmal eine Potenzialerhebung bis zum 31. Oktober 2025 durchgeführt worden sein muss; insoweit sind auch Potenzialerhebungen zu berücksichtigen, die vor dem Inkrafttreten von § 5b AKI-RL durchgeführt wurden. Wurde bzw. wird dabei festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, sind abweichend von § 5 Absatz 6 Satz 1 AKI-RL Verordnungen gemäß § 6 AKI-RL auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig. Die nach § 5 Absatz 6 Satz 1 AKI-RL über einen Gesamtzeitraum der Patientenbeobachtung von mindestens zwei Jahren erforderliche <u>zweimal in Folge</u> erfolgte Feststellung nach Absatz 5 Satz 1 wird demnach auf <u>eine</u> Feststellung reduziert, vorausgesetzt diese wurde bis zum 31. Oktober 2025 durchgeführt.

Die Regelungen des § 5 Absatz 6 Sätze 3 und 4 AKI-RL, wonach die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt eine Erhebung weiterhin wie grundsätzlich vorgesehen – ggf. auch nach Information der Krankenkasse über Hinweise im Rahmen einer Begutachtung des Medizinischen Dienstes – veranlassen beziehungsweise die oder der Versicherte diese beanspruchen kann, bleiben unberührt. Der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf Potenzialerhebung wird somit nicht gemindert.

Durch die vorgesehene Modifikation der Regelung des § 5 Absatz 6 AKI-RL durch den neuen § 5b AKI-RL wird eine Reduktion des Bedarfs an Potenzialerhebungen insgesamt erwartet, die zu einem Abbau der Bedarfsspitze führen wird. Die vorgesehene Regelung, dass in den Bestandsfällen mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31. Oktober 2025 erfolgen muss, gibt

für die Bestandsfälle nochmals einen ausreichenden zeitlichen Puffer für eine strukturierte Umsetzung. Insofern sind auch Potenzialerhebungen zu berücksichtigen, die vor dem Inkrafttreten von § 5b AKI-RL durchgeführt wurden.

Für alle anderen AKI-Leistungsberechtigten, die nicht als Bestandsfälle gelten, kann aufgrund des erwarteten Abbaus der Bedarfsspitze ab dem 1. Juli 2025 die unbedingte Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung zur Anwendung gebracht werden. Die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband werden flankierend ihre Bemühungen fortsetzen, weitere Ärztinnen und Ärzte für die Potenzialerhebung zu gewinnen, sowie im Bedarfsfall auf eine Unterstützung der konkreten Terminvereinbarung von Seiten der Krankenkassen hinzuwirken.

2.3 Anpassung in § 5 Absatz 6 Satz 1

Um klarzustellen, dass die Regelung nicht nur von einer (einzigen) Verordnung, sondern von weiteren Verordnungen ausgeht, wird entsprechend der Formulierung im neuen § 5a Absatz 2 Satz 2 AKI-RL auch hier die Plural-Form „sind (…) Verordnungen“ gewählt. Eine inhaltliche Änderung erfolgt nicht.

2.4 Regelung zum Inkrafttreten

Die Änderung der Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2025 in Kraft. Für den Fall, dass eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger erst nach dem 31. Dezember 2024 erfolgt, handelt es sich um ein rückwirkendes Inkrafttreten. Dieses ist zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung mit AKI-Leistungen notwendig.

2.5 Besonderheiten des Verfahrens

Die Stellungnahmefrist soll gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 3 VerfO nicht kürzer als vier Wochen sein. Erst einige Monate vor dem Auslaufen der Übergangsregelung war eine Datenlage vorhanden, die eine realistische Beurteilung der Versorgungssituation zuließ. Daraus ergab sich dringender Regelungsbedarf, um nahtlos zum Januar 2025 weiterhin Bedarfsspitzen zu vermeiden. Die Frist des Stellungnahmeverfahrens wurde vor diesem Hintergrund auf eine Woche begrenzt.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die Stellungnahmen ausgewertet. Im Ergebnis wurde der Beschlussentwurf im Hinblick auf § 5a wie folgt geändert (siehe Unterstreichungen):
„Abweichend von der in § 5 Absatz *1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis ~~31. Dezember 2024~~ **[GKV-SV/KBV/DKG**: 30. Juni 2025**]** **[PatV:** 31. Oktober 2025**],** dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. [2]Für den Fall, dass eine Erhebung nicht durchgeführt wurde, hat die Verordnerin oder der Verordner darauf hinzuwirken, dass die unterbliebene Potenzialerhebung in naher Zukunft, **[GKV-SV/KBV/DKG**: spätestens jedoch bis zum 30. Juni 2025**]** erfolgt. Hierzu ist durch die Verordnerin oder den Verordner auf dem Verordnungsvordruck die Begründung der Nichterhebung zu dokumentieren und anzugeben, ob und wenn ja, für welchen Zeitpunkt ein*

Termin für die Potenzialerhebung vereinbart werden konnte. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.‘‘

Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel 6 abgebildet.

4. Bürokratiekostenermittlung

Mit vorliegendem Beschluss wird die bis 31. Dezember 2024 geltende Übergangsregelung zur Potenzialerhebung in § 5a bis zum 30. Juni 2025 verlängert. Somit bleibt der Aufwand, den die verordnenden Ärztinnen und Ärzten mit der Dokumentation der Abweichung von der verpflichtenden Potenzialerhebung vor jeder Verordnung auf dem Verordnungsvordruck Muster 62B haben, weiterhin bestehen. Darüber hinaus entsteht bürokratischer Mehraufwand, indem die verordnenden Ärztinnen und Ärzten auf diesem Muster künftig auch vermerken, ob und für welchen Zeitpunkt ein Termin für die Potenzialerhebung mit den potentialerhebenden Ärztinnen und Ärzte vereinbart werden konnte. Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar ist, in welchem Umfang Ärztinnen und Ärzte von der Übergangsregelung zur Potentialerhebung Gebrauch machen werden, lassen sich die bürokratischen Be- und Entlastungen nicht quantifizieren.

Außerdem wird mit vorliegendem Beschluss durch die neue Ausnahmeregelung in § 5b ab 1. Januar 2025 für sogenannte „Bestandsfälle“ die verpflichtend vorgesehene Erhebung eines Entwöhnungs-, Dekanülierungs-, bzw. Optimierungspotentials modifiziert. In der Folge wird der Umfang der formal erforderlichen Potenzialerhebungen reduziert und der diesbezüglich entstehende bürokratische Aufwand verringert. Da gegenwärtig unter den AKI-Leistungsberechtigten nicht hinsichtlich „Bestandsfall“ oder „Neuversorgungsfall“ unterschieden wird, lässt sich nicht abschätzen in welcher Höhe sich die Bürokratiekosten reduzieren werden.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
29.10.2024	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der AKI-RL
18.11.2024	UA VL	Abschließende Würdigung der schriftlichen Stellungnahme aus dem Stellungnahmeverfahren
05.12.2024	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der AKI-RL
09.12.2024		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
18.12.2024		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.01.2025		Inkrafttreten

Berlin, den 5. Dezember 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

6.1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 29. Oktober 2024 den in Kapitel 6.4 aufgeführten Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerfO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- die Bundesärztekammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V),
- die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (gemäß § 91 Absatz 5a SGB V),
- die Organisationen der Leistungserbringer (gemäß § 92 Absatz 7g i. V. m § 132l Absatz 1 Satz 1 SGB V) sowie
- die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene (gemäß § 92 Absatz 7g SGB V).

6.2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA VL beschloss in seiner Sitzung am 29.10.2024 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 30.10.2024 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von einer Woche nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

6.3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

6.4 Eingegangene Stellungnahmen

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V		
Bundesärztekammer (BÄK)	05.11.2024	Verzicht

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V		
Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI)	06.11.2024	Verzicht
Organisationen der Leistungserbringer und Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene gemäß § 92 Absatz 7a SGB V		
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	06.11.2024	
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	06.11.2024	
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad)	05.11.2024	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e.V. (DBfK)	06.11.2024	
Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	06.11.2024	
Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	06.11.2024	
Intensivpflegeverband Deutschland e. V. (IPV)	05.11.2024	
Deutscher Kinderhospizverein e. V.	04.11.2024	
SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e. V.	06.11.2024	
Deutscher Caritasverband e.V. (Caritas)		
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)		
Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.		
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.		
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.		
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)		
Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F e.V. (BAG Phase F e.V.)		
Selbsthilfegruppe Glykogenose Deutschland e.V.		
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)		
Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. - Deutsche Wachkomagesellschaft		
Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.		
Sozialverband Deutschland - Bundesverband (SoVD)		

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Stellungnahmen nicht stellungnahmeberechtigter Organisationen		
Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e. V.	31.10.2024	Ausdrückliche Befürwortung

6.5 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 29.10.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie: Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) [PatV: und Anpassung § 5a]

Vom 5. Dezember 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 5. Dezember 2024 beschlossen, die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie in der Fassung vom 19. November 2021 (BAnz AT 17.03.2022 B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 20. Juli 2023 (BAnz AT 14.09.2023 B3) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „ist eine Verordnung“ durch die Wörter „sind Verordnungen“ ersetzt.

PatV
2. In § 5a wird in Satz 1 die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Oktober 2025“ ersetzt.

3. [**GKV-SV/KBV/DKG:** 2.] Nach § 5a wird folgender § 5b eingefügt:

   „§ 5b Ausnahmeregelung

   Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung gilt für Versicherte, die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten, dass mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31. Oktober 2025 durchgeführt worden sein muss. Wurde in Fällen nach Satz 1 mit nur einer durchgeführten Potenzialerhebung auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung eine Feststellung und Dokumentation getroffen, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, sind abweichend von § 5 Absatz 6 Satz 1 Verordnungen gemäß § 6 auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2025 in Kraft.

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

Berlin, den 5. Dezember 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6.6 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 30.10.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie:
Ausnahmeregelung zur Potentialerhebung in § 5b (neu)
[PatV: und Anpassung § 5a]

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1. **Rechtsgrundlage** 2
2. **Eckpunkte der Entscheidung** 2
3. **Würdigung der Stellungnahmen** 5
4. **Bürokratiekostenermittlung** 5
5. **Verfahrensablauf** 5

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220), welches mit Ausnahme von Artikel 2 am 29. Oktober 2020 in Kraft getreten ist, wurde durch die Einfügung des § 37c ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie / AKI-RL) das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen zu bestimmen sowie die Anforderungen festgelegt:

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 tracheotomiert sind und
4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Ausnahmeregelung in § 5b (neu)

Aufgrund der zwingenden Verknüpfung in § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V muss vor jeder Verordnung von außerklinischer Intensivpflege eine Potenzialerhebung erfolgen. Dieser gesetzgeberische Wille wird durch § 5a der AKI-RL umgesetzt.

Mit Blick auf die seinerzeit noch geringe und nur langsam steigende Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Potenzialerhebungen vornehmen konnten, sowie deren regional sehr unterschiedliche Verteilung wurde mit Beschluss vom 20. Juli 2023 zur Sicherstellung der erforderlichen Versorgung der Versicherten eine Übergangsregelung in § 5a der AKI-RL geschaffen. Mit dieser wurde dem in der Umstellungsphase von der Verordnungsgrundlage der HKP-RL auf die AKI-RL zu erwartenden hohen Bedarf an Potenzialerhebungen (Bedarfsspitze) befristet bis zum 31. Dezember 2024 Rechnung getragen, indem die unbedingte Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durch eine „Soll-Regelung" ergänzt wurde.

Für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2024 ist demnach die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung ausnahmsweise nicht zwingend durchzuführen, falls nicht gewährleistet werden kann, dass eine zur Potenzialerhebung qualifizierte Ärztin oder ein zur Potenzialerhebung qualifizierter Arzt vor der Verordnung rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist durch die Verordnerin oder den Verordner auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

Die befristete Soll-Regelung bedeutet also, dass eine Erhebung, soweit sie möglich ist, gemäß § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V i. V. m. § 5a der AKI-RL durchgeführt werden muss. Für den Fall, dass eine Erhebung wegen der Nichtverfügbarkeit potenzialerhebender Ärztinnen und Ärzte im Einzelfall nicht durchgeführt werden kann, hat die Verordnerin oder der Verordner darauf hinzuwirken, dass die unterbliebene Potenzialerhebung in naher Zukunft, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember 2024, nachgeholt wird; insoweit bewirkt die befristete Soll-Regelung lediglich eine Streckung des Zeitrahmens der Inanspruchnahme, nicht jedoch eine Aussetzung des Anspruchs des Versicherten auf Potenzialerhebung.

Der G-BA hat die Entwicklung der Versorgungssituation im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege kontinuierlich beobachtet und sich in seinen Gremien engmaschig hierzu ausgetauscht. Die Basis dessen bildeten einerseits die monatlichen bzw. quartalsweisen Berichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über die Entwicklung der Anzahl verordnungsberechtigter und potenzialerhebender Ärztinnen und Ärzte sowie andererseits die Berichte des GKV-Spitzenverbands über die Anzahl der durchgeführten Potenzialerhebungen im Rahmen der AKI für die Monate November und Dezember 2023 bzw. für den Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 30. Juni 2024. Nach diesen Berichten ist von einer kontinuierlich – wenn auch zuletzt abflachend – steigenden Anzahl der potenzialerhebungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte sowie einem moderaten Anstieg der Versicherten im AKI-Leistungsbezug auszugehen, deren Verordnung eine Potenzialerhebung zugrunde liegt.

Vor dem Hintergrund dieser vorliegenden Erkenntnisse ist nach aktuellem Stand davon auszugehen, dass nach Auslaufen der bis zum 31. Dezember 2024 geltenden Übergangsregelung ab dem 1. Januar 2025 weiterhin ein Bedarf an Potenzialerhebungen bestehen wird, der die kurz- bis mittelfristig verfügbaren fachärztlichen Kapazitäten übersteigt; die Soll-Regelung hat demnach trotz der positiven Entwicklung bei der Anzahl der potenzialerhebungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte nicht zu dem erwarteten vollständigen Abbau der Bedarfsspitze in der Fläche geführt.

Zur Vermeidung von weiterhin befürchteten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung ab dem 1. Januar 2025 wird in einem neuen § 5b AKI-RL eine neue Ausnahmeregelung aufgenommen. Diese gilt ausschließlich für Versicherte, die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten (sog. Bestandsfälle).

Vor dem Hintergrund des in der Regel lange andauernden Leistungsbezugs bereits vor dem Inkrafttreten der AKI-RL und der damit einhergehenden ärztlichen Bewertungen und Begleitungen im Versorgungsprozess dieser Versicherten wird es als sachgerecht eingeschätzt, für diese Versicherten die Quantität der formal erforderlichen Potenzialerhebungen zu reduzieren. Die neue Ausnahmeregelung sieht deshalb vor, dass in solchen Bestandsfällen mindestens einmal eine Potenzialerhebung bis zum 31. Oktober 2025 durchgeführt worden sein muss; insoweit sind auch Potenzialerhebungen zu berücksichtigen, die vor dem Inkrafttreten von § 5b AKI-RL durchgeführt wurden. Wurde bzw. wird dabei festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, sind abweichend von § 5 Absatz 6 Satz 1 AKI-RL Verordnungen gemäß § 6 AKI-RL auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig. Die nach § 5 Absatz 6 Satz 1 AKI-RL über einen Gesamtzeitraum der Patientenbeobachtung von mindestens zwei Jahren erforderliche zweimal in Folge erfolgte Feststellung nach Absatz 5 Satz 1 wird demnach auf eine Feststellung reduziert.

Die Regelungen des § 5 Absatz 6 Sätze 3 und 4 AKI-RL, wonach die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt eine Erhebung weiterhin wie grundsätzlich vorgesehen –

ggf. auch nach Information der Krankenkasse über Hinweise im Rahmen einer Begutachtung des Medizinischen Dienstes – veranlassen beziehungsweise die oder der Versicherte diese beanspruchen kann, bleiben unberührt. Der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf Potenzialerhebung wird somit nicht gemindert.

Durch die vorgesehene Modifikation der Regelung des § 5 Absatz 6 AKI-RL durch den neuen § 5b AKI-RL wird eine Reduktion des Bedarfs an Potenzialerhebungen insgesamt erwartet, die zu einem Abbau der Bedarfsspitze führen wird. Die vorgesehene Regelung, dass in den Bestandsfällen mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31. Oktober 2025 erfolgen muss, gibt für die Bestandsfälle nochmals einen ausreichenden zeitlichen Puffer für eine strukturierte Umsetzung. Insofern sind auch Potenzialerhebungen zu berücksichtigen, die vor dem Inkrafttreten von § 5b AKI-RL durchgeführt wurden.

GKV-SV/KBV/DKG
Für alle anderen AKI-Leistungsberechtigten, die nicht als Bestandsfälle gelten, kann aufgrund des erwarteten Abbaus der Bedarfsspitze ab dem 1. Januar 2025 die unbedingte Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung zur Anwendung gebracht werden. Die generelle „Soll-Regelung“ kann mithin wie vorgesehen Ende 2024 auslaufen. Die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband werden flankierend ihre Bemühungen fortsetzen, weitere Ärztinnen und Ärzte für die Potenzialerhebung zu gewinnen, sowie im Bedarfsfall auf eine Unterstützung der konkreten Terminvereinbarung von Seiten der Krankenkassen hinzuwirken.

PatV
2.2 Anpassung der Übergangsregelung in § 5a Nach dem Bericht des GKV-SV vom 3. September 2024 zur Anzahl der durchgeführten Potenzialerhebungen im Rahmen der AKI wurden bis Ende Juni 2024 rund 53 % der Verordnungen ohne Potenzialerhebung ausgestellt. Dabei ist nicht bekannt, in welchem Umfang es sich hierbei um Verordnungen für sogenannte „Altfälle“ oder um Verordnungen bei „Neuversorgungen“ handelt. Mit dem neuen § 5b AKI-RL sollen bisher bestehende Schwierigkeiten bei der unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung bei jeder Verordnung aufgelöst werden, indem die verfügbaren fachärztlichen Kapazitäten durch den Verzicht auf wiederholte Potenzialerhebungen bei „Altfällen“, bei denen kein Entwöhnungspotenzial festgestellt und dokumentiert wurde, nachhaltig entlastet werden. Diese Entlastung kann jedoch erst nach dem 1. Januar 2025 ihre Wirkung entfalten, weil bis Ende 2024 alle Versicherten, auch bei wiederholter Feststellung, dass kein Entwöhnungspotenzial vorliegt, eine Potenzialerhebung zur Verordnung vorlegen müssen. Dabei ist zu erwarten, dass Fachärztinnen und Fachärzte bis zum Inkrafttreten der neuen Ausnahmeregelung vorrangig ihre bekannten Patientinnen und Patienten weiter versorgen. Da wegen der bisher bestehenden Schwierigkeiten nicht sichergestellt werden kann, dass alle „Neuversorgungen“ bis zum 1. Januar 2025 zu jeder Verordnung eine Potenzialerhebung vorlegen können, muss auch diesem Personenkreis eine angemessene Frist für die Kontaktaufnahme zu Fachärztinnen oder Fachärzten eingeräumt werden, die für Potenzialerhebungen zugelassen sind. Durch die Verlängerung der Übergangsregelung in § 5a AKI-RL kann sichergestellt werden, dass bis 31. Oktober 2025 alle Versicherten mit Bedarf an Potenzialerhebungen mindestens einmal eine Potenzialerhebung in Anspruch nehmen können.

2.2 [PatV: 2.3] Anpassung in § 5 Absatz 6 Satz 1

Um klarzustellen, dass die Regelung nicht nur von einer (einzigen) Verordnung, sondern von weiteren Verordnungen ausgeht, wird entsprechend der Formulierung im neuen § 5a Absatz 2 Satz 2 AKI-RL auch hier die Plural-Form „sind (…) Verordnungen“ gewählt. Eine inhaltliche Änderung erfolgt nicht.

2.3 [PatV: 2.4] Regelung zum Inkrafttreten

Die Änderung der Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2025 in Kraft. Für den Fall, dass eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger erst nach dem 31. Dezember 2024 erfolgt, handelt es sich um ein rückwirkendes Inkrafttreten. Dieses ist zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung mit AKI-Leistungen notwendig.

2.4 [PatV: 2.5] Besonderheiten des Verfahrens

Die Stellungnahmefrist soll gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 3 VerfO nicht kürzer als vier Wochen sein. Erst einige Monate vor dem Auslaufen der Übergangsregelung war eine Datenlage vorhanden, die eine realistische Beurteilung der Versorgungssituation zuließ. Daraus ergab sich dringender Regelungsbedarf, um nahtlos zum Januar 2025 weiterhin Bedarfsspitzen zu vermeiden. Die Frist des Stellungnahmeverfahrens wurde vor diesem Hintergrund auf eine Woche begrenzt.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[…]

4. Bürokratiekostenermittlung

[…]

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
29.10.2024	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der AKI-RL
TT.MM2023	UA VL	Abschließende Würdigung der schriftlichen Stellungnahme aus dem Stellungnahmeverfahren
05.12.2024	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der AKI-RL
TT.MM.2024		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.2024		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.2024		Inkrafttreten

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6

6.7 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Allgemeines

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
1.	**Dt. Kinder-hospizverein**	**Den im Beschlussentwurf des G-BA mit Datum vom 5. Dezember 2024 unter I. in den Ziffern 1. bis 3. vorgeschlagenen Änderungen <u>stimmen wir zu.</u>** Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. vertritt auf Bundesebene die Belange von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit lebensverkürzenden Erkrankungen. Rund ein Drittel der jungen Menschen in unseren rund 700 Mitgliedsfamilien sind auf Außerklinische Intensivpflege nach der AKI-Richtlinie angewiesen. Unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen in den bundesweit 33 ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten begleiten die jungen Menschen und ihre Familien regelmäßig in ihrem Alltag. Die Rückmeldungen unserer hauptamtlich tätigen Koordinationsfachkräfte in den ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten sowie den bundesweit arbeitenden Ansprechpersonen ermöglichen uns daher einen Einblick in die besonderen Herausforderungen, denen Familien ausgesetzt sind, wenn ihre Kinder auf Außerklinische Intensivpflege angewiesen sind. Eine besondere Herausforderung stellen dabei unter anderen die seit der allgemeinverbindlichen Einführung der Außerklinischen Intensivpflege im Oktober 2023 zu jeder Verordnung erforderlichen Potenzialerhebungen dar. Viele Familien berichten von **erheblichen Problemen geeignete Fachärzt*innen zu finden, die bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Potenzialerhebungen durchführen können.** Die uns vorliegenden Rückmeldungen decken sich auch mit den Erfahrungen des MD Hessen, die am 26. Oktober 2024 auf dem MAIK-Kongress in München vorgestellt wurden. Demnach ist **der Anteil an Verordnungen, die mit Potenzialerhebung ausgestellt wurden, in der Altersgruppe 0 bis 18 Jahre mit 44,4% niedriger**	Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		als in der Gruppe der erwachsenen Patient*innen, wo durchschnittlich 51,1% der Verordnungen auf Grundlage einer Potenzialerhebung ausgestellt wurden. Sowohl die **frustranen Bemühungen bei der Arztsuche** als auch die häufig in Kauf genommenen **weiten Anfahrtswege** zu den zur Potenzialerhebung zugelassenen Fachärzt*innen oder Einrichtungen **belasten die ohnehin sehr stark strapazierten Ressourcen der Familien**, die ihre Kinder mit lebensverkürzender Erkrankung täglich zuhause pflegen. Nicht selten müssen **Elternteile ihre beruflichen Ziele aufgeben** und erhebliche finanzielle Einbußen in Kauf nehmen, um das Leben ihrer erkrankten Kinder im familiären Umfeld zu ermöglichen. In diesen Fällen sind die regelmäßig geforderten Potenzialerhebungen auch deshalb besonders belastend, weil bei den angeborenen oder in früher Kindheit erworbenen und häufig progredient verlaufenden Erkrankungen letztlich **nur selten ein Entwöhnungspotenzial zu erwarten ist**. In Fällen, wo beispielsweise wegen angeborener Fehlbildungen im Verlauf der körperlichen Entwicklung eine Verbesserung der Atemfunktion erreicht werden kann, erfolgen notwendige medizinische Behandlungen und Interventionen auch unabhängig von gesundheitsrechtlichen Vorgaben im Eigeninteresse der Familien und ihrer Kinder. **Die geforderten medizinischen Untersuchungen dienen bei jungen Menschen** nach unserer Einschätzung insofern vorrangig der Erfüllung bürokratischer Auflagen und **weniger der Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung**. Die in der **Ausnahmeregelung nach § 5b AKI-RL** vorgesehene Reduzierung der verpflichtenden Untersuchungen stellen daher eine **Entlastung für die betroffenen Familien und die an der Verordnung beteiligten Ärzt*innen** dar.		
2.	**bvkm**	Nach wie vor haben viele AKI-Patient:innen Schwierigkeiten, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu finden, die bereit sind und über ausreichende zeitliche Kapazitäten verfügen, um die nach § 5 AKI-RL grundsätzlich vor jeder Verordnung erforderliche Potenzialerhebung durchzuführen.	Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Der bvkm begrüßt deshalb, dass der G-BA diesen Versorgungsengpass durch eine erneute Änderung der AKI-RL beheben möchte.		
3.	**DRK**	Das DRK hat aus seinen Einrichtungen die Rückmeldung erhalten, dass es teilweise regional sehr schwierig ist, Ärztinnen und Ärzte für die Potenzialerhebung zu finden. Denn durch die Festlegung, welche qualifizierten Ärztinnen und Ärzte die Potenzialerhebung durchführen dürfen, hat sich die Anzahl, der in Frage kommenden Personen erheblich reduziert. In einer DRK-Einrichtung im ländlichen Raum wird vor diesem Hintergrund konkret über die Schließung ihres AKI-Angebotes nachgedacht. Die betroffenen Patienten müssten vermutlich in die nächste größere Stadt umziehen, weil sie dort eher eine ärztliche Versorgung erhalten könnten. Das würde den Anspruch der AKI konterkarieren. Denn AKI zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit bzw. wohnortnah erfolgen kann. Dadurch bleiben soziale Beziehungen bestehen. Die Lebensqualität darf als wesentlich höher eingestuft werden, als dies in einem klinischen Setting möglich wäre. Das DRK-Generalsekretariat ist ausdrücklich beauftragt worden in der politischen Arbeit, z.B. Gesprächen mit dem BMG, auf die diesbezüglichen Probleme in der Praxis hinzuweisen und auf möglichst weitreichende Übergangslösungen hinzuwirken. **Das DRK unterstützt bei der vorliegenden AKI-Veränderung Übergangsregelung §5a/5b alle vorgeschlagenen Änderungen und folgt insbesondere der Argumentation und dem Änderungsvorschlag der PatV zu §5a.** Das DRK fragt aber gleichzeitig, ob die Änderungen ausreichen werden, um die AKI-Versorgung flächendeckend und dauerhaft sicherzustellen sowie gleichwertige Lebensverhältnisse herzustellen. Hier hat das DRK Zweifel; auch weil keine Zahlen zur regionalen Versorgung vorliegen und das DRK nach den Rückmeldungen aus dem Verband von einzelnen Regionen in Deutschland ausgehen muss, wo die bereits angedachten kurzfristigen Maßnahmen der vorliegenden Änderung der Außerklinische	Kenntnisnahme Kenntnisnahme der Zustimmung GKV-SV, KBV und DKG tragen eine Verlängerung der Übergangsregelung durch Anpassung des § 5a wie folgt mit: *„Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet*	Änderung im Beschluss-entwurf (siehe links)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Intensivpflege-Richtlinie nicht auszureichen scheinen, um eine AKI-Versorgung abzusichern. Das DRK regt an die Entwicklung der AKI-Potenzialerhebung im Jahre 2025 eng zu evaluieren, um notfalls kurzfristig auf auftretende Versorgungslücken angemessen reagieren zu können.	*bis ~~31. Dezember 2024~~ **[GKV-SV/KBV/DKG**: 30. Juni 2025] [**PatV:** 31. Oktober 2025], dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. [2]Für den Fall, dass eine Erhebung nicht durchgeführt wurde, hat die Verordnerin oder der Verordner darauf hinzuwirken, dass die unterbliebene Potenzialerhebung in naher Zukunft, **[GKV-SV/KBV/DKG**: spätestens jedoch bis zum 30. Juni 2025] erfolgt. Hierzu ist durch die Verordnerin oder den Verordner auf dem Verordnungsvordruck die Begründung der Nichterhebung zu dokumentieren und anzugeben, ob und wenn ja, für welchen Zeitpunkt ein Termin für die Potenzialerhebung vereinbart werden konnte.“*	
4.	**SHV Forum Gehirn e. V.**	**[nimmt Bezug auf das Stellungnahmeverfahren vom 04.04.2023 vor Beschluss vom 20.07.2023]** **1.** Wir hatten seinerzeit bereits erhebliche Bedenken geäußert, dass die Kapazitäten der potenzialerhebenden Ärzte ausreichend wären, um fristgerechte Potentialerhebungen für die erforderlichen Verordnungen zu ermöglichen. Wir hatten dazu angeregt, den § 8 des AKI-Entwurfs um einen Abs. 7 zu ergänzen.	Kenntnisnahme	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Der Absatz 7 sollte eine Fortführung der Versorgungen ermöglichen sofern Potentialerhebungen nicht rechtzeitig bis zum 30.10.2023 erfolgen konnten. Unseren Ergänzungsvorschlag hatten wir wie folgt begründet: Nach Konsultation aller uns zugänglichen Experten wird bezweifelt, dass trotz der intendierten Erweiterungen der zur Potentialerhebung befugten Ärzte ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen werden, um alle zur Fortführung bestehender Versorgungen erforderlichen Potentialerhebungen rechtzeitig durchzuführen. Die Selbstverwaltung wird daher aufgefordert, die erforderliche Versorgungssicherheit herzustellen und einen Verordnungs- wie auch Versorgungsabbruch auszuschließen. Dazu bedarf es der Ergänzung des § 8 um eine entsprechende Regelung. Der GBA hat unseren Vorschlag zurückgewiesen mit der Begründung, dass dieser Sachverhalt nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens sei. Umso erstaunter waren wir – und mit uns viele andere stellungnahmeberechtigte Spitzenorganisationen – in der verabschiedeten AKI-RL die Regelung des § 5a vorzufinden. Da diese Regelung offensichtlich nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens oder auch eines anderen Stellungnahmeverfahrens war, sind wir davon ausgegangen, dass die verabschiedete Richtlinie mit einem Formfehler behaftet ist. Darüber hinausgehen wir auch davon aus, dass die Regelung des § 5 a auch gesetzeswidrig ist, weil der § 37c SGB V nach unserer Kenntnis keinen Raum bietet auf eine Potentialerhebung als Voraussetzung für eine ärztliche Verordnung von AKI zu verzichten. Die Tatsache, dass die Richtlinie durch das BMG unbeanstandet geblieben ist, ändert nichts an ihrer Gesetzeswidrigkeit. Hätte der GBA unsere Bedenken sowie die vielseitig geäußerten Bedenken der Mitglieder der Patientenvertretung und anderer Selbsthilfeverbände sowie stellungnahmeberechtigter Organisationen nicht ignoriert, wäre das aktuelle Stellungnah-	Ein Verfahrensfehler wird nicht gesehen. Gemäß § 14 Absatz 1 Satz 2 Verfahrensordnung des G-BA bedarf es dann keines erneuten Stellungnahmeverfahrens, wenn die Änderungen von den Stellungnahmeberechtigten vorgeschlagen wurden. Die derzeitige Übergangsregelung in § 5a AKI-RL steht nicht im Widerspruch zu der Regelung des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V. Der G-BA hat das Erfordernis einer Potenzialerhebung nicht aufgehoben, sondern lediglich modifiziert, um die Versorgung der Versicherten entsprechend dem gesetzgeberischen Willen sicherzustellen.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		meverfahren höchstwahrscheinlich entbehrlich. Insoweit möchten wir unserer Hoffnung Ausdruck verleihen, dass die Selbstverwaltung zukünftig den Einschätzungen der Betroffenen mehr Gewicht beimisst und sorgfältiger wägt. **2. Zunächst möchten wir unsere Verwunderung über die Kurzfristigkeit des Stellungnahmeverfahrens äußern.** Für uns ist nicht nachvollziehbar, wie bei einem nach eigenen Angaben (Seite 3, Abs. 2, Tragende Gründe) engmaschig geführten Beobachtung der Versorgungssituation bei der bereits Ende Juni offensichtliche Hinweise vorgelegen haben müssen, dass keinesfalls alle Verordnungen bis zum 31.12.2024 mit einer Potentialerhebung versehen werden können, erst am 30.10.2024 ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wird. Dass dieses Stellungnahmeverfahren dann mit einer Wochenfrist in der zwei Feiertage liegen abgeschlossen werden soll, die also weit unter der üblichen Mindestfrist von vier Wochen liegt, wirft Fragen zur Verfahrensführung des GBA auf. [Ziffer 3 ist unter § 5b verortet] **4. Versorgungssicherheit für Versorgungen nach dem 30.10.2023 muss ebenfalls über den 31.12.2024 hergestellt werden.** Wir teilen die Auffassung der Patientenvertretung, dass mit der Regelung noch nicht gewährleistet ist, dass alle erforderlichen Potentialerhebungen fristgerecht erbracht werden können, um Versorgungsabbrüche oder Versagungen von Versorgungen bei Neueren oder Neuversorgungen zu gewährleisten. Diese Regelungslücke muss zuverlässig geschlossen werden, um eine umfängliche Versorgungssicherheit über den 31.12.2024 hinaus zu gewährleisten. Eine abschließende Einschätzung kann hierzu zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgen, weil letztlich unklar bleibt, wie viele Potentialerhebungen mit den aktuell zur Potentialerhebung bereiten und berechtigten Ärzten erbracht werden können und ob damit sämtliche Neu- und Bestandsversorgungen dauerhaft im gesetzlich vorgesehenen Turnus entsprechend begutachtet werden können.	Siehe hierzu auch die umfangreichen Ausführungen in den Tragenden Gründen zu diesem Beschluss. Zur Begründung der kurzen Stellungnahmefrist siehe Abschnitt 2.4 der Tragenden Gründe.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Wir gehen dabei davon aus, dass es keine wesentlichen Veränderungen in der Anzahl der zur Potentialerhebung bereiten Ärzte geben wird. [Ziffer 5. Vgl. Tabelle – SN außerhalb des aktuellen Stellungnahmeverfahrens]		

Zu § 5a Satz 1 [PatV]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
5.	**Dt. Kinder-hospizverein**	**Unsere Zustimmung gilt ausdrücklich auch der von der Patientenvertretung vorgeschlagenen Verlängerung der Übergangsregelung gemäß § 5a bis zum 31. Oktober 2025.** Auch für junge Menschen, bei denen erst nach dem 30. Oktober 2023 ein Bedarf an Außerklinischer Intensivpflege eingetreten ist, stellt die Kontaktaufnahme zu geeigneten Ärzt*innen oder Einrichtungen eine große Herausforderung dar. Die Einleitung einer Beatmung oder der Eingriff zur Anlage einer Trachealkanüle erfolgen in der Regel in spezialisierten pädiatrischen Fachkliniken, die sich häufig in großer Distanz zum Wohnort der Familien befinden. Für die nachfolgend regelmäßigen Potenzialerhebungen stehen in Wohnortnähe dann jedoch oft keine geeigneten Fachärzt*innen mit freien Kapazitäten zur Verfügung. Auch in diesen Fällen muss daher durch die Verlängerung der Ausnahmeregelung nach § 5a AKI-RL ein angemessener Zeitraum für die Etablierung belastbarer Versorgungsstrukturen eingeräumt werden.	PatV: Kenntnisnahme der Zustimmung GKV-SV/KBV/DKG: tragen eine Verlängerung der Übergangsregelung durch Anpassung des § 5a wie folgt mit: *„Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis ~~31. Dezember 2024~~ **[GKV-SV/KBV/DKG**: 30. Juni 2025] [**PatV:** 31. Oktober 2025], dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. [2]Für den Fall, dass eine Erhebung nicht durchgeführt wurde, hat die Verordnerin oder der Verordner darauf hinzuwirken, dass die unterbliebene Potenzialerhebung in naher Zukunft, **[GKV-SV/KBV/DKG**: spätestens jedoch bis zum 30. Juni 2025] erfolgt. Hierzu ist durch die Verordnerin oder den Verordner auf dem Verordnungsvordruck die Begründung der Nichterhebung zu dokumentieren und anzugeben, ob und wenn ja, für welchen Zeitpunkt ein Termin für die Potenzialerhebung vereinbart werden konnte.“*	Änderung im Beschluss-entwurf (siehe links)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
6.	**IPV**	**Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum ~~31. Dezember 2024 31. Oktober 2025~~ 31.12.2025** Wir begrüßen die Verlängerung der Frist ausdrücklich. Wir sehen eine Verlängerung bis lediglich zum 31.10.2025 jedoch kritisch, da nicht damit zu rechnen ist, dass bis dahin ausreichend fachärztliche Ressourcen zur Verfügung stehen werden. Bundesweit stellt die Versicherten derzeit die Suche nach einem Potentialerhebenden Facharzt vor erhebliche Probleme. Um die Versorgungssicherheit sicherzustellen, schlagen wir daher eine Verlängerung der Frist bis zum 31.12.2025 vor.	Eine weitergehende Verlängerung der Übergangsregelung wird vor dem Hintergrund des Ausnahmecharakters nicht mitgetragen. Siehe im Übrigen lfd. Ziffer 5	Änderung im Beschluss-entwurf (siehe lfd. Ziffer 5)
7.	**bad**	**Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2025, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.** Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Versicherte, auch im Zusammenspiel mit Leistungserbringern der außerklinischen Intensivpflege, unverändert Schwierigkeiten haben entsprechend qualifizierte Ärzte für die Potenzialerhebung zu finden. Demnach erscheint es sachgerecht, die Übergangsregelung in § 5a um ein Jahr bis zum 31.12.2025 zu verlängern; gleichzeitig sollte bereits heute die Möglichkeit bestehen, nach Bedarfslage die Übergangsregelung, zur Versorgungssicherheit, abermals verlängern zu können.	Da die Verlängerung der Übergangsregelung eine Ausnahme darstellt, ist es nicht sachgerecht, eine künftige erneute Verlängerung in Aussicht zu stellen. Siehe im Übrigen lfd. Ziffern 5 und 6	Änderung im Beschluss-entwurf (siehe lfd. Ziffer 5)
8.	**DBfK**	**Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum ~~31. Dezember 2024 31. Oktober 2025~~ 31.12.2025** Der DBfK stimmt dem Vorschlag der PatV für eine Fristverlängerung im § 5a zu und begrüßt die Aufnahme des Vorschlags in den Beschlussentwurf. Auch die Darlegung in den Tragenden Gründen zu den nach wie vor bestehenden Engpässen, die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung zwingend durch qualifizierte Ärzt:innen durchzuführen deckt sich mit unseren Rückmeldungen aus dem Pflegealltag. Wir schlagen abweichend vom Beschlussentwurf vor, die Frist über das ganz Jahr bis zum 31.12.2025 zu verlängern, um zwei weitere Monate für die Bewältigung	Siehe lfd. Ziffern 5 und 6	Änderung im Beschluss-entwurf (siehe lfd. Ziffer 5)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		des Engpasses im Sinne der Versicherten und der Arbeitsbelastung für die erhebungsberechtigten Ärzt:innen zu gewinnen.		
9.	**bvkm**	**Der bvkm spricht sich für den Vorschlag der PatV aus, die Übergangsregelung in § 5a bis zum 31. Oktober 2025 zu verlängern.** Den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf ist zu entnehmen, dass die Soll-Regelung trotz der positiven Entwicklung bei der Anzahl der potenzialerhebungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte nicht zu dem erwarteten vollständigen Abbau der Bedarfsspitze in der Fläche geführt hat. Den regelmäßigen Berichten der KBV sei eine kontinuierliche aber zuletzt abflachend steigende Anzahl entsprechender Ärztinnen und Ärzte zu entnehmen. Dies deckt sich mit den Rückmeldungen von betroffenen AKI-Patient:innen, die der bvkm regelmäßig erhält. Der bvkm spricht sich vor diesem Hintergrund für eine Verlängerung der Übergangsregelung aus, um sicherzustellen, dass auch Neufälle, die erstmals nach dem 31. Oktober 2023 AKI-Leistungen bezogen haben, AKI verordnet bekommen können, ohne dass zuvor zwingend eine Potenzialerhebung durchgeführt wurde.	PatV: Kenntnisnahme der Zustimmung GKV-SV/KBV/DKG: tragen eine Verlängerung der Übergangsregelung durch Anpassung des § 5a wie folgt mit: siehe lfd. Ziffer 5	Änderung im Beschluss-entwurf (siehe lfd. Ziffer 5)
10.	**Diakonie**	**Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum 30.06.2025.** Unserer Auffassung nach ist die Bedarfsspitze bis zum 31.12.2024 noch nicht abgebaut. Wir schlagen deshalb vor die Sollregelung bis zum 30.06.2025 zu verlängern.	PatV: Kenntnisnahme der (Teil-)Zustimmung Siehe im Übrigen lfd. Ziffern 6 und 9	Änderung im Beschluss-entwurf (siehe lfd. Ziffer 5)
11.	**bpa**	Der **Vorschlag der PatV** zur Verlängerung der Befristung ist dringend notwendig und wird unterstützt. Aus der Praxis lässt sich deutlich vernehmen, dass es insbesondere bei der geplanten Versorgung von neuen Patienten (Neuversorgung) noch einmal um ein Vielfaches schwieriger ist, geeignete Ärzte für die Potenzialerhebung zu finden. Der Bericht des GKV-SV zur Anzahl der durchgeführten Potenzialerhebungen vom 3. September 2024 ist Beleg dafür, dass eine ausreichende Zahl an Ärzten für die Potenzialerhebung nach wie vor nicht besteht. Die zwischenzeitlich getroffenen Maßnahmen des	PatV: Kenntnisnahme der Zustimmung GKV-SV/KBV/DKG: tragen eine Verlängerung der Übergangsregelung durch Anpassung des § 5a wie folgt mit: siehe lfd. Ziffer 5	Änderung im Beschluss-entwurf (siehe lfd. Ziffer 5)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		G-BA, dass künftig alle Vertragsärzte, die über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen, eine Verordnung ausstellen dürfen, konnten die bestehenden Versorgungslücken bei weitem nicht decken. Der **Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG** die Befristung zum 31.12.2024 auslaufen zu lassen **wird** demgegenüber **nicht mitgetragen** (siehe oben). Bislang haben die ergriffenen Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels mit entsprechender fachlicher Eignung zu keiner signifikanten Verbesserung der prekären Situation geführt. Die Organisationen lassen offen, mit welchen Bemühungen flankierend weitere Ärztinnen und Ärzte für die Potenzialerhebung gewonnen werden wollen. Eine Fristverlängerung vermittelt die verlässlichste Möglichkeit auch künftigen Engpässen entgegenzuwirken. Zu bemängeln ist erneut das Fehlen einer Berücksichtigung und Incentivierung telemedizinischer Versorgungsangebote im Zuge der fachärztlichen Begutachtung, Verordnung und Durchführung der Potenzialerhebung in der AKI. Es bedarf einer stärkeren Konkretisierung der Aussagen des § 87 Abs. 2a & 2b SGB V und einem Niederschlag im EBM. Eine angespannte personelle, fachärztliche Versorgungslage ist objektiv nicht zu leugnen, so dass in der Frage der Potenzialeinschätzung und den einer Potenzialerhebung vorausgehenden Prozessschritten die Rolle anderer, medizinisch-klinisch ausgebildeten Experten zu prüfen ist. Hier können Atmungstherapeuten (Respiratory Therapists) wesentlich zur Verbesserung der Abläufe und der Qualität beitragen. Atmungstherapeuten können im gesamten Fachgebiet der Pneumologie tätig sein und können unter Aufsicht / unter Leitung / per Anordnung eines Facharztes selbständig die Betreuung und Therapie beatmeter Patienten übernehmen. Unter definierten Voraussetzungen kann dies auch auf den Leistungsbereich der Potenzialerhebung, insbesondere die vorausgehende Diagnostik und Falleinschätzung ausgedehnt werden.	Zur Potenzialerhebung sind ausweislich § 37c Absatz 1 Satz 6 und 7 SGB V nur Ärztinnen oder Ärzte berechtigt. Im Übrigen ist dies nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.	

Zu § 5b (neu)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
12.	**IPV**	**Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung gilt für alle Versicherte, ~~die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten,~~ dass mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31. ~~Oktober~~ Dezember 2025 durchgeführt worden sein ~~muss~~ sollte. […]** Die Ausnahmeregelung sollte nicht nur für „Altfälle“ gelten, sondern auch für „Neuversorgungen“, bei denen eine nachhaltige Verbesserung ausgeschlossen ist und weder eine Dekanülierung noch ein Weaning möglich erscheint. Dadurch würde sichergestellt, dass die Versicherten sich nicht unzähligen Prüfungen unterziehen müssten. Das wiederrum führt dazu, dass personelle Ressourcen gezielter eingesetzt werden. Zudem ist die „muss“ Regel in eine „Soll“ Regel umzuändern. Hierfür lassen sich folgende Gründe anführen: - Auch bisher ist es nicht flächendeckend möglich, in Deutschland einen potentialerhebenden Facharzt zu finden - Der demografische Wandel lässt mehr Fachärzte in den Ruhestand gehen als in den vergangenen Jahren, es folgen deutlich weniger Fachärzte. Außerhalb von Ballungsräumen wird die Suche nach einem Facharzt zunehmend schwerer. - die defizitäre Vergütung der Potentialerhebung veranlasst zunehmend mehr Fachärzte dazu, diese Leistung zukünftig nicht mehr anzubieten. Dadurch werden die derzeitigen fachärztlichen Ressourcen in Zukunft noch weniger. Dies darf nicht auf den Rücken der Versicherten ausgetragen werden.	Eine Erweiterung der Ausnahmeregelung wird vor dem Hintergrund des Ausnahmecharakters nicht mitgetragen. Siehe im Übrigen lfd. Ziffern 5 und 6	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
13.	**bad**	**Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung gilt für Versicherte, die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten, dass mindestens zum 31. Dezember 2025 durchgeführt worden sein soll. Wurde in Fällen nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2025 mit nur einer durchgeführten Potenzialerhebung auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung eine Feststellung und Dokumentation getroffen, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, sind abweichend von § 5 Absatz 6 Satz 1 Verordnungen gemäß § 6 auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig**. […] Die Ausnahmeregelung nach § 5b wird im Kern ausdrücklich begrüßt. Allerdings wird es für geeignet und erforderlich erachtet, die Vorgabe der Potenzialerhebung auch an dieser Stelle als Soll-Vorschrift auszugestalten. Hierdurch wird die beabsichtigte Notwendigkeit klar herausgestellt, zugleich bleibt aber ein benötigter Rechtsraum, um Ausnahmekonstellationen, in denen eine Erhebung nicht durchgeführt wurde/werden konnte, angemessen Rechnung zu tragen. Ebenfalls entstünde ansonsten die zu klärende Rechtsfrage, wie mit Versichertenfällen umzugehen wäre, welche bis zum Enddatum keine Potenzialerhebung haben durchführen lassen (können) oder erst kurze Zeit nach dem in § 5b ausgewiesenen Enddatum. Zugleich kämen diejenigen Versicherten, bei denen eine Potenzialerhebung fristgerecht erfolgt wäre, in den Genuss der Sonderregelung nach Satz 2, was insoweit auch einen sachlichen Grund für eine differenzierte Versichertenbehandlung darstellen dürfte, ohne Versicherte, bei denen keine Potenzialerhebung durchgeführt wurde, gänzlich vom Anwendungsbereich der außerklinischen Intensivpflege, trotz medizinischer Notwendigkeit, auszuschließen.	Eine Erweiterung der Ausnahmeregelung wird vor dem Hintergrund des Ausnahmecharakters nicht mitgetragen. Siehe im Übrigen lfd. Ziffern 5 und 6 Eine Erweiterung zur „Soll“-Vorschrift wird vor dem Hintergrund des Ausnahmecharakters der Regelung nicht mitgetragen.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
14.	**DBfK**	**Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung gilt für alle Versicherte, ~~die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten,~~ dass mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31. ~~Oktober~~ Dezember 2025 durchgeführt worden sein ~~muss~~ sollte. […]** Der DBfK plädiert dafür, die Fristverlängerung auch für Versicherte einzuräumen, bei denen eine nachhaltige Verbesserung ausgeschlossen ist und weder eine Dekanülierung noch ein Weaning möglich erscheint. Wir folgen dabei der Begründung des Intensivpflegeverband Deutschland e.V. vom 3.11.2024: De facto ist die Suche nach potentialerhebungsberechtigten Fachärzt:innen in der Praxis schwierig, in ländlichen Gegenden noch stärker als in Ballungsräumen. Der Einfluß des demografisch allgemein prognostizierten (Fach-)Ärzt:innenmangel wird sich erschwerend auswirken, den Regelungen der Richtlinie zu folgen. Zudem sollte überlegt werden, die Leistungserbringung mit positiven Anreizen zu stärken (z.B. Vergütungsregelungen).	Siehe lfd. Ziffer 12	Keine Änderung
15.	**bvkm**	**Der bvkm befürwortet die Schaffung einer Ausnahmeregelung für sog. Bestandsfälle in einem neuen § 5b.** Der bvkm hält die Schaffung einer Ausnahmeregelung für sog. Bestandsfälle in einem neuen § 5b für sachgerecht. Es erscheint sinnvoll, die Quantität der formal erforderlichen Potenzialerhebungen für solche Versicherten zu reduzieren, die bereits vor dem 31. Oktober 2023 und häufig bereits über einen sehr langen Zeitraum Leistungen der AKI bezogen haben. Die Regelung betrifft insbesondere Menschen, die seit ihrer Geburt oder aufgrund einer im frühen Kindesalter (z.B. aufgrund eines Bade- oder Erstickungsunfalls) erworbenen Behinderung ihr Leben lang auf Intensivpflege angewiesen sind. Bei diesem Personenkreis besteht die gesundheitliche	Zustimmende Kenntnisnahme	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Einschränkung dauerhaft bzw. verschlechtert sich häufig der Gesundheitszustand eher noch mit zunehmendem Alter. Entwöhnungspotenziale liegen bei diesen Versicherten deshalb in der Regel nicht vor. Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-IPReG hatte der bvkm deshalb für diesen Personenkreis eine Ausnahme von der zwingend erforderlichen Potenzialerhebung gefordert (vgl. Stellungnahme des bvkm zum GKV-IPReG vom 20. April 2020). Dass der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf Potenzialerhebung durch die Ausnahmeregelung nicht gemindert wird, begrüßt der bvkm nachdrücklich. Für sinnvoll hält der bvkm die vorgeschlagene Ausnahmeregelung auch deshalb, weil die aktuell wenigen Ressourcen für Potenzialerhebungen für Patient:innen mit relativ frischem Beatmungsbedarf genutzt werden sollten, die also erst seit kurzem beatmet/kanüliert sind. Momentan belasten die langjährig Beatmeten und gesichert nicht entwöhnbaren Versicherten das System zusätzlich.		
16.		**Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung gilt für Versicherte, die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten, dass mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31.12.2025 durchgeführt worden sein muss. […]** An die verlängerte Übergangsregelung sollte sich dann die von GKV-SV, KBV, DKG vorgeschlagene Ausnahmeregelung in § 5b mindestens bis zum 31.12.2025 anschließen.	Zur weitergehenden Verlängerung der Frist der Ausnahmeregelung: siehe lfd. Ziffer 13	Keine Änderung
17.	**Bpa**	Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Ob aber allein mit der quantitativen Reduzierung der formal erforderlichen Potenzialerhebungen für sogenannte Bestandsfälle nunmehr der „Abbau der Bedarfsspitzen“ für die Potenzialerhebungen ab dem	Kenntnisnahme der grundsätzlichen Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		1. Januar 2025 tatsächlich gelingt, dürften bei der weiterhin hohen Anzahl an Verordnungen ohne Potenzialerhebung berechtigte Zweifel bestehen. In Verbinden mit einer Stärkung telemedizinischer Leistungsangebote sollte die überregionale, über KV-Grenzen hinausgehende, Zulassung von geeigneten Haus- und Fachärzten geregelt werden. Ein bestehendes, bundesweites Verteilungsungleichgewicht könnte hiermit abgefedert werden. Praktische Erfahrungen einzelner Leistungserbringer der AKI zeigten auf, dass derartige Lösungsansätze durch formale Barrieren bei der Zulassung und der Leistungsabrechnung behindert bzw. verhindert wurden. Praktizierte Lösungen sehen eine Verbindung aus virtueller und realer Präsenz beim Patienten vor, werden jedoch aufgrund formaler Hürden in ihrer Umsetzung erschwert. Es bedarf hier bundeseinheitlicher Regelungen und einer zusätzlichen Förderung bei der Einführung der systemrelevanten Technik. Zu erfassen wären hierbei die technischen Voraussetzungen für telemedizinische Strukturen beim Leistungserbringer der AKI, beim versorgenden Haus- oder Facharzt sowie von telemedizinischen Netzwerken. Erleichterte Finanzierung potenzialerhebungsrelevanter, diagnostische Maßnahmen (Blutgasanalyse (Verlauf/ Trend), Schluckdiagnostik (FEES), Behandlungsberichte Logopädie, Behandlungsberichte Atmungstherapeut), welche nicht zwingend in einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis erbracht werden müssen. Das systematische Fehlen dieser Befunde, macht eine zeitnahe und aufwandsreduzierte, weil strukturierte, Potenzialerhebung nur schwer möglich und scheint neben der fachärztlichen Ressource einer der wesentlichen Hinderungsgründe zu sein.	Siehe im Übrigen lfd. Ziffern 5 Zu formalen Barrieren/Technik: Dies ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens bzw. liegt außerhalb der Regelungskompetenz des G-BA.	Keine Änderung
18.	**SHV Forum Gehirn e. V.**	**3. In der Sache erkennen wir, dass die mit § 5b AKI-RL getroffene Regelung geeignet ist, für viele bereits langfristig versorgte Betroffene die Verordnung der Leistungen zu vereinfachen und damit im Ergebnis sicherer zu gestalten.**	Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Im Umkehrschluss dazu werden die potentialerhebenden Ärzte mit entsprechend weniger Verfahren belastet. In Bezug auf diese Patientengruppe findet die Neuregelung unsere Zustimmung und sie ist auch verhältnismäßig, weil sie unnötige Potentialerhebungen vermeidet.		

Stellungnahmen, die nicht Gegenstand des aktuellen Beratungsverfahrens sind

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
1.	**SHV Forum Gehirn e. V.**	**5. Wir regen an, parallel die HKP-RL um die „allgemeine Krankenbeobachtung" sowie die „qualifizierte Krankenbeobachtung" zu erweitern. Vorzugsweise mit den Ziffern 24. a und 24. b. Die bestehende Ziffer 24 a. soll in 24. c verschoben werden.** Auf der Grundlage uns bekannter Erhebungen des MD-Nord gehen wir mittelfristig von einer deutlichen Absenkung der Potentialerhebungen aus. Die Erhebungen des MD-Nord zeigen, dass das ursprünglich im Gesetzgebungsverfahren unterstellte Entwöhnungs- und Dekanülierungspotential von mehr als 60 % sich auf die Gruppe der lungenerkrankten Patienten bezog. Diese machen jedoch nur etwa 16 % der derzeit im Rahmen von AKI versorgten Patienten aus. Nach unserer Einschätzung können dementsprechend mehr als 80 % der aktuellen und zukünftigen Versorgungen im Rahmen qualifizierter und / oder allgemeiner Krankenbeobachtung gem. § 37 Abs. 2 SGB V im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege versorgt werden. Gerade bei der Mehrzahl unserer Betroffenen, die nicht beatmet werden stellen die Qualifikationsanforderungen der leistungserbringenden Personen eine Überversorgung dar, weil diese Anforderungen offensichtlich nicht für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Dementsprechend können die nach unserer Einschätzung verbliebenden 20 % optimal fachärztlich und fachpflegerisch, wie vom Gesetz beabsichtigt, versorgt werden.	Dieser Vorschlag ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und bleibt gegebenenfalls einer gesonderten Beratung vorbehalten.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Die mit der Streichung der Ziffer 24. entstandene Leistungslücke wird bereits von den Sozialgerichten der 1. und 2. Instanz (vgl. LSG Hessen, L 1 KR 25/24 B ER; SG Braunschweig S 37 KR 150/24; SG Hannover S 95 KR 572/24; SG Halle S 30 KR 133/21; LSG Berlin-Brandenburg L 4 KR 116/24 B ER; SG Gießen, S 14 KR 15/24; SG Marburg, S 14 KR 5/24 ER; SG Frankfurt, S 34 KR 226/24 ER; SG Osnabrück, S 42 KR 54/24; SG Bremen, S 61 KR/24 ER; SG Darmstadt, S 25 KR 240/24 ER; SG Magdeburg, S 2 KR 422/21; SG Gelsenkirchen, S 17 KR 3015/19; SG Cottbus, S 11 KR 176/24 ER; et al.) entsprechend mit diesen durch die Rechtsprechung des BSG bereits etablierten Leistungen im Rahmen des § 37 II SGB V geschlossen. Insoweit hoffen wir, dass der GBA nunmehr mit der Aufnahme dieser Beobachtungstatbestände in den Leistungskatalog der HKP diesen durch das BSG bereits erkannten und von den Sozialgerichten bestätigten Leistungen in die Regelversorgung verhilft und somit im Rahmen seiner Richtlinien-Kompetenz auf untergesetzlicher Ebene für weitere Rechts- und Versorgungssicherheit sorgt und damit die Belastungen der Versichertengemeinschaft durch den Abbau der zur Zeit provozierten Überversorgungen nachhaltig reduziert.		

6.8 Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen

Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) [PatV: und Anpassung § 5a]

bpa eV.	
06.11.2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
§ 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung **PatV** Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum ~~31. Dezember 2024~~ 31. Oktober 2025, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.	Der Vorschlag der PatV zur Verlängerung der Befristung ist dringend notwendig und wird unterstützt. Aus der Praxis lässt sich deutlich vernehmen, dass es insbesondere bei der geplanten Versorgung von neuen Patienten (Neuversorgung) noch einmal um ein Vielfaches schwieriger ist, geeignete Ärzte für die Potenzialerhebung zu finden. Der Bericht des GKV-SV zur Anzahl der durchgeführten Potenzialerhebungen vom 3. September 2024 ist Beleg dafür, dass eine ausreichende Zahl an Ärzten für die Potenzialerhebung nach wie vor nicht besteht. Die zwischenzeitlich getroffenen Maßnahmen des G-BA, dass künftig alle Vertragsärzte, die über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen, eine Verordnung ausstellen dürfen, konnten die bestehenden Versorgungslücken bei weitem nicht decken.
§ 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung **GKV-SV, KBV, DKG** Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum 31. Dezember 2024, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.	Der Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG die Befristung zum 31.12.2024 auslaufen zu lassen wird demgegenüber nicht mitgetragen (siehe oben). Bislang haben die ergriffenen Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels mit entsprechender fachlicher Eignung zu keiner signifikanten Verbesserung der prekären Situation geführt. Die Organisationen lassen offen, mit welchen Bemühungen flankierend weitere Ärztinnen und Ärzte für die Potenzialerhebung gewonnen werden wollen. Eine Fristverlängerung vermittelt die verlässlichste Möglichkeit auch künftigen Engpässen entgegenzuwirken. Zu bemängeln ist erneut das Fehlen einer Berücksichtigung und Incentivierung telemedizinischer Versorgungsangebote im Zuge der fachärztlichen Begutachtung, Verordnung und Durchführung der Potenzialerhebung in der AKI. Es bedarf einer stärkeren Konkretisierung der Aussagen des § 87 Abs. 2a & 2b SGB V und einem Niederschlag im EBM.

bpa eV.	
06.11.2024	
	Eine angespannte personelle, fachärztliche Versorgungslage ist objektiv nicht zu leugnen, so dass in der Frage der Potenzialeinschätzung und den einer Potenzialerhebung vorausgehenden Prozessschritten die Rolle anderer, medizinisch-klinisch ausgebildeten Experten zu prüfen ist. Hier können Atmungstherapeuten (Respiratory Therapists) wesentlich zur Verbesserung der Abläufe und der Qualität beitragen. Atmungstherapeuten können im gesamten Fachgebiet der Pneumologie tätig sein und können unter Aufsicht / unter Leitung / per Anordnung eines Facharztes selbständig die Betreuung und Therapie beatmeter Patienten übernehmen. Unter definierten Voraussetzungen kann dies auch auf den Leistungsbereich der Potenzialerhebung, insbesondere die vorausgehende Diagnostik und Falleinschätzung ausgedehnt werden.
§ 5b Ausnahmeregelung Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzial-erhebung vor jeder Verordnung gilt für Versicherte, die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten, dass mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31. Oktober 2025 durchgeführt worden sein muss. Wurde in Fällen nach Satz 1 mit nur einer durchgeführten Potenzialerhebung auf	Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Ob aber allein mit der quantitativen Reduzierung der formal erforderlichen Potenzialerhebungen für sogenannte Bestandsfälle nunmehr der „Abbau der Bedarfsspitzen“ für die Potenzialerhebungen ab dem 1. Januar 2025 tatsächlich gelingt, dürften bei der weiterhin hohen Anzahl an Verordnungen ohne Potenzialerhebung berechtigte Zweifel bestehen. In Verbinden mit einer Stärkung telemedizinischer Leistungsangebote sollte die überregionale, über KV-Grenzen hinausgehende, Zulassung von geeigneten Haus- und Fachärzten geregelt werden. Ein bestehendes, bundesweites Verteilungsungleichgewicht könnte hiermit abgefedert werden. Praktische Erfahrungen einzelner Leistungserbringer der AKI zeigten auf, dass derartige Lösungsansätze durch formale Barrieren bei der Zulassung und der Leistungsabrechnung behindert bzw. verhindert wurden. Praktizierte Lösungen sehen eine Verbindung aus virtueller und realer Präsenz beim Patienten vor, werden jedoch aufgrund formaler Hürden in ihrer Umsetzung erschwert. Es bedarf hier bundeseinheitlicher Regelungen und einer zusätzlichen Förderung bei der Einführung der systemrelevanten Technik. Zu erfassen wären hierbei die technischen Voraussetzungen für telemedizinische Strukturen beim Leistungserbringer der AKI, beim versorgenden Haus- oder Facharzt sowie von telemedizinischen Netzwerken. Erleichterte Finanzierung potenzialerhebungsrelevanter,

bpa eV.	
06.11.2024	
Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung eine Feststellung und Dokumentation getroffen, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, sind abweichend von § 5 Absatz 6 Satz 1 Verordnungen gemäß § 6 auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.	diagnostische Maßnahmen (Blutgasanalyse (Verlauf/ Trend), Schluckdiagnostik (FEES), Behandlungsberichte Logopädie, Behandlungsberichte Atmungstherapeut), welche nicht zwingend in einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis erbracht werden müssen. Das systematische Fehlen dieser Befunde, macht eine zeitnahe und aufwandsreduzierte, weil strukturierte, Potenzialerhebung nur schwer möglich und scheint neben der fachärztlichen Ressource einer der wesentlichen Hinderungsgründe zu sein.

Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) [PatV: und Anpassung § 5a]

Gemeinsamer Bundesausschuss

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	
6. November 2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
Grundsätzliches	Nach wie vor haben viele AKI-Patient:innen Schwierigkeiten, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu finden, die bereit sind und über ausreichende zeitliche Kapazitäten verfügen, um die nach § 5 AKI-RL grundsätzlich vor jeder Verordnung erforderliche Potenzialerhebung durchzuführen. Der bvkm begrüßt deshalb, dass der G-BA diesen Versorgungsengpass durch eine erneute Änderung der AKI-RL beheben möchte.
§ 5a // Übergangsregelung zur Potenzialerhebung **Der bvkm spricht sich für den Vorschlag der PatV aus, die Übergangsregelung in § 5a bis zum 31. Oktober 2025 zu verlängern.**	Den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf ist zu entnehmen, dass die Soll-Regelung trotz der positiven Entwicklung bei der Anzahl der potenzialerhebungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte nicht zu dem erwarteten vollständigen Abbau der Bedarfsspitze in der Fläche geführt hat. Den regelmäßigen Berichten der KBV sei eine kontinuierliche aber zuletzt abflachend steigende Anzahl entsprechender Ärztinnen und Ärzte zu entnehmen. Dies deckt sich mit den Rückmeldungen von betroffenen AKI-Patient:innen, die der bvkm regelmäßig erhält. Der bvkm spricht sich vor diesem Hintergrund für eine Verlängerung der Übergangsregelung aus, um sicherzustellen, dass auch Neufälle, die erstmals nach dem 31. Oktober 2023 AKI-Leistungen bezogen haben, AKI verordnet bekommen können, ohne dass zuvor zwingend eine Potenzialerhebung durchgeführt wurde.
§ 5b (NEU) // Ausnahmeregelung **Der bvkm befürwortet die Schaffung einer Ausnahmeregelung für sog. Bestandsfälle in einem neuen § 5b.**	Der bvkm hält die Schaffung einer Ausnahmeregelung für sog. Bestandsfälle in einem neuen § 5b für sachgerecht. Es erscheint sinnvoll, die Quantität der formal erforderlichen Potenzialerhebungen für solche Versicherten zu reduzieren, die bereits vor dem 31. Oktober 2023 und häufig bereits über einen sehr langen Zeitraum Leistungen der AKI bezogen haben. Die Regelung betrifft insbesondere Menschen, die seit ihrer Geburt oder aufgrund einer im frühen Kindesalter (z.B. aufgrund eines Bade- oder Erstickungsunfalls) erworbenen Behinderung ihr Leben lang auf Intensivpflege angewiesen sind. Bei diesem

	Personenkreis besteht die gesundheitliche Einschränkung dauerhaft bzw. verschlechtert sich häufig der Gesundheitszustand eher noch mit zunehmendem Alter. Entwöhnungspotenziale liegen bei diesen Versicherten deshalb in der Regel nicht vor. Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-IPReG hatte der bvkm deshalb für diesen Personenkreis eine Ausnahme von der zwingend erforderlichen Potenzialerhebung gefordert (vgl. Stellungnahme des bvkm zum GKV-IPReG vom 20. April 2020). **Dass der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf Potenzialerhebung durch die Ausnahmeregelung nicht gemindert wird, begrüßt der bvkm nachdrücklich.** Für sinnvoll hält der bvkm die vorgeschlagene Ausnahmeregelung auch deshalb, weil die aktuell wenigen Ressourcen für Potenzialerhebungen für Patient:innen mit relativ frischem Beatmungsbedarf genutzt werden sollten, die also erst seit kurzem beatmet/kanüliert sind. Momentan belasten die langjährig Beatmeten und gesichert nicht entwöhnbaren Versicherten das System zusätzlich.

Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) [PatV: und Anpassung § 5a]

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V.	
05.11.2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
§ 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt **zunächst** befristet bis zum **31. Dezember 2025**, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.	**Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Versicherte, auch im Zusammenspiel mit Leistungserbringern der außerklinischen Intensivpflege, unverändert Schwierigkeiten haben entsprechend qualifizierte Ärzte für die Potenzialerhebung zu finden. Demnach erscheint es sachgerecht, die Übergangsregelung in § 5a um ein Jahr bis zum 31.12.2025 zu verlängern; gleichzeitig sollte bereits heute die Möglichkeit bestehen, nach Bedarfslage die Übergangsregelung, zur Versorgungssicherheit, abermals verlängern zu können.**
§ 5b Ausnahmeregelung Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung gilt für Versicherte, die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten, dass mindestens zum 31.	**Die Ausnahmeregelung nach § 5b wird im Kern ausdrücklich begrüßt. Allerdings wird es für geeignet und erforderlich erachtet, die Vorgabe der Potenzialerhebung auch an dieser Stelle als Soll-Vorschrift auszugestalten. Hierdurch wird die beabsichtigte Notwendigkeit klar herausgestellt, zugleich bleibt aber ein benötigter Rechtsraum, um Ausnahmekonstellationen, in denen eine Erhebung nicht durchgeführt wurde/werden konnte, angemessen Rechnung zu tragen. Ebenfalls entstünde ansonsten die zu klärende Rechtsfrage, wie mit Versichertenfällen umzugehen wäre, welche bis zum Enddatum keine Potenzialerhebung haben durchführen lassen (können) oder erst kurze Zeit nach dem in § 5b ausgewiesenen Enddatum.** **Zugleich kämen diejenigen Versicherten, bei denen eine Potenzialerhebung fristgerecht erfolgt wäre, in den Genuss der Sonderregelung nach Satz 2, was insoweit auch einen sachlichen Grund für eine differenzierte Versichertenbehandlung darstellen dürfte, ohne Versicherte,**

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V.	
05.11.2024	
Dezember 2025 durchgeführt worden sein **soll**. Wurde in Fällen nach Satz 1 **bis zum 31. Dezember 2025** mit nur einer durchgeführten Potenzialerhebung auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung eine Feststellung und Dokumentation getroffen, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, sind abweichend von § 5 Absatz 6 Satz 1 Verordnungen gemäß § 6 auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.	**bei denen keine Potenzialerhebung durchgeführt wurde, gänzlich vom Anwendungsbereich der außerklinischen Intensivpflege, trotz medizinischer Notwendigkeit, auszuschließen.**

Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) [PatV: und Anpassung § 5a]

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e.V. (DBfK)	
05.11.2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
§ 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung **Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum ~~31. Dezember 2024 31. Oktober 2025~~ 31.12.2025**	**Der DBfK stimmt dem Vorschlag der PatV für eine Fristverlängerung im § 5a zu und begrüßt die Aufnahme des Vorschlags in den Beschlussentwurf. Auch die Darlegung in den Tragenden Gründen zu den nach wie vor bestehenden Engpässen, die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung zwingend durch qualifizierte Ärzt:innen durchzuführen deckt sich mit unseren Rückmeldungen aus dem Pflegealltag. Wir schlagen abweichend vom Beschlussentwurf vor, die Frist über das ganz Jahr bis zum 31.12.2025 zu verlängern, um zwei weitere Monate für die Bewältigung des Engpasses im Sinne der Versicherten und der Arbeitsbelastung für die erhebungsberechtigten Ärzt:innen zu gewinnen**
§ 5b Ausnahmeregelung **1 Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung gilt für alle Versicherte, ~~die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten,~~ dass mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31. ~~Oktober~~ Dezember 2025 durchgeführt worden sein ~~muss~~ sollte. 2 Wurde in**	**Der DBfK plädiert dafür, die Fristverlängerung auch für Versicherte einzuräumen, bei denen eine nachhaltige Verbesserung ausgeschlossen ist und weder eine Dekanülierung noch ein Weaning möglich erscheint. Wir folgen dabei der Begründung des Intensivpflegeverband Deutschland e.V. vom 3.11.2024:** **De facto ist die Suche nach potentialerhebungsberechtigten Fachärzt:innen in der Praxis schwierig, in ländlichen Gegenden noch stärker als in Ballungsräumen. Der Einfluß des demografisch allgemein prognostizierten (Fach-)Ärzt:innenmangel wird sich erschwerend auswirken, den Regelungen der Richtlinie zu folgen. Zudem sollte überlegt werden, die Leistungserbringung mit positiven Anreizen zu stärken (z.B. Vergütungsregelungen)**

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e.V. (DBfK)	
05.11.2024	
Fällen nach Satz 1 mit nur einer durchgeführten Potenzialerhebung auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung eine Feststellung und Dokumentation getroffen, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, sind abweichend von § 5 Absatz 6 Satz 1 Verordnungen gemäß § 6 auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig. 3 Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.	

Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) [PatV: und Anpassung § 5a]

Diakonie Deutschland- Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung	
06.11.2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
§ 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung: Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum 30.06.2025.	**Unserer Auffassung nach ist die Bedarfsspitze bis zum 31.12.2024 noch nicht abgebaut. Wir schlagen deshalb vor die Sollregelung bis zum 30.06.2025 zu verlängern.**
§ 5b Ausnahmeregelung **1Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung gilt für Versicherte, die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten, dass mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31.12.2025 durchgeführt worden sein muss. 2Wurde in Fällen nach Satz 1 mit nur einer durchgeführten Potenzialerhebung auf**	**An die verlängerte Übergangsregelung sollte sich dann die von GKV-SV, KBV, DKG vorgeschlagene Ausnahmeregelung in § 5b mindestens bis zum 31.12.2025 anschließen.**

Diakonie Deutschland- Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung	
06.11.2024	
Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung eine Feststellung und Dokumentation getroffen, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, sind abweichend von § 5 Absatz 6 Satz 1 Verordnungen gemäß § 6 auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig. 3Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.	

Deutsches
Rotes
Kreuz

DRK-Stellungnahme

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie: §5a/§5b

Das DRK hat aus seinen Einrichtungen die Rückmeldung erhalten, dass es teilweise regional sehr schwierig ist, Ärztinnen und Ärzte für die Potenzialerhebung zu finden. Denn durch die Festlegung, welche qualifizierten Ärztinnen und Ärzte die Potenzialerhebung durchführen dürfen, hat sich die Anzahl, der in Frage kommenden Personen erheblich reduziert.

In einer DRK-Einrichtung im ländlichen Raum wird vor diesem Hintergrund konkret über die Schließung ihres AKI-Angebotes nachgedacht. Die betroffenen Patienten müssten vermutlich in die nächste größere Stadt umziehen, weil sie dort eher eine ärztliche Versorgung erhalten könnten. Das würde den Anspruch der AKI konterkarieren. Denn AKI zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit bzw. wohnortnah erfolgen kann. Dadurch bleiben soziale Beziehungen bestehen. Die Lebensqualität darf als wesentlich höher eingestuft werden, als dies in einem klinischen Setting möglich wäre.

Das DRK-Generalsekretariat ist ausdrücklich beauftragt worden in der politischen Arbeit, z.B. Gesprächen mit dem BMG, auf die diesbezüglichen Probleme in der Praxis hinzuweisen und auf möglichst weitreichende Übergangslösungen hinzuwirken.

Das DRK unterstützt bei der vorliegenden AKI-Veränderung Übergangsregelung§5a/5b alle vorgeschlagenen Änderungen und folgt insbesondere der Argumentation und dem Änderungsvorschlag der PatV zu §5a.

Das DRK fragt aber gleichzeitig, ob die Änderungen ausreichen werden, um die AKI-Versorgung flächendeckend und dauerhaft sicherzustellen sowie gleichwertige Lebensverhältnisse herzustellen. Hier hat das DRK Zweifel; auch weil keine Zahlen zur regionalen Versorgung vorliegen und das DRK nach den Rückmeldungen aus dem Verband von einzelnen Regionen in Deutschland ausgehen muss, wo die bereits angedachten kurzfristigen Maßnahmen der vorliegenden Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie nicht auszureichen scheinen, um eine AKI-Versorgung abzusichern.

Das DRK regt an die Entwicklung der AKI-Potenzialerhebung im Jahre 2025 eng zu evaluieren, um notfalls kurzfristig auf auftretende Versorgungslücken angemessen reagieren zu können.

Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) [PatV: und Anpassung § 5a]

Intensivpflegeverband Deutschland e.V.	
03.11.2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
§ 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung **Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum ~~31. Dezember 2024 31. Oktober 2025~~ 31.12.2025**	**Wir begrüßen die Verlängerung der Frist ausdrücklich. Wir sehen eine Verlängerung bis lediglich zum 31.10.2025 jedoch kritisch, da nicht damit zu rechnen ist, dass bis dahin ausreichend fachärztliche Ressourcen zur Verfügung stehen werden. Bundesweit stellt die Versicherten derzeit die Suche nach einem Potentialerhebenden Facharzt vor erhebliche Probleme. Um die Versorgungssicherheit sicherzustellen, schlagen wir daher eine Verlängerung der Frist bis zum 31.12.2025 vor.**
§ 5b Ausnahmeregelung **1 Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung gilt für alle Versicherte, ~~die vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen nach Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie in der bis zum 30. Oktober 2023 geltenden Fassung oder bereits AKI-Leistungen bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten,~~ dass mindestens eine Potenzialerhebung bis zum 31. ~~Oktober~~ Dezember 2025 durchgeführt worden sein ~~muss~~ sollte. 2 Wurde in Fällen nach Satz 1 mit nur einer durchgeführten Potenzialerhebung auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung eine Feststellung und Dokumentation getroffen, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, sind abweichend von § 5 Absatz 6 Satz 1 Verordnungen gemäß § 6 auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig. 3 Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.**	**Die Ausnahmeregelung sollte nicht nur für „Altfälle“ gelten, sondern auch für „Neuversorgungen“, bei denen eine nachhaltige Verbesserung ausgeschlossen ist und weder eine Dekanülierung noch ein Weaning möglich erscheint. Dadurch würde sichergestellt, dass die Versicherten sich nicht unzähligen Prüfungen unterziehen müssten. Das wiederrum führt dazu, dass personelle Ressourcen gezielter eingesetzt werden.** **Zudem ist die „muss“ Regel in eine „Soll“ Regel umzuändern.** **Hierfür lassen sich folgende Gründe anführen:** **- Auch bisher ist es nicht flächendeckend möglich, in Deutschland einen**

Intensivpflegeverband Deutschland e.V.	
03.11.2024	
	potentialerhebenden Facharzt zu finden - **Der demografische Wandel lässt mehr Fachärzte in den Ruhestand gehen als in den vergangenen Jahren, es folgen deutlich weniger Fachärzte. Außerhalb von Ballungsräumen wird die Suche nach einem Facharzt zunehmend schwerer.** - **die defizitäre Vergütung der Potentialerhebung veranlasst zunehmend mehr Fachärzte dazu, diese Leistung zukünftig nicht mehr anzubieten. Dadurch werden die derzeitigen fachärztlichen Ressourcen in Zukunft noch weniger. Dies darf nicht auf den Rücken der Versicherten ausgetragen werden.** -

Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) [PatV: und Anpassung § 5a]

Deutscher Kinderhospizverein e. V.	
04.11.2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
Den im Beschlussentwurf des G-BA mit Datum vom 5. Dezember 2024 unter I. in den Ziffern 1. bis 3. vorgeschlagenen Änderungen <u>stimmen wir zu.</u>	Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. vertritt auf Bundesebene die Belange von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit lebensverkürzenden Erkrankungen. Rund ein Drittel der jungen Menschen in unseren rund 700 Mitgliedsfamilien sind auf Außerklinische Intensivpflege nach der AKI-Richtlinie angewiesen. Unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen in den bundesweit 33 ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten begleiten die jungen Menschen und ihre Familien regelmäßig in ihrem Alltag. Die Rückmeldungen unserer hauptamtlich tätigen Koordinationsfachkräfte in den ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten sowie den bundesweit arbeitenden Ansprechpersonen ermöglichen uns daher einen Einblick in die besonderen Herausforderungen, denen Familien ausgesetzt sind, wenn ihre Kinder auf Außerklinische Intensivpflege angewiesen sind. Eine besondere Herausforderung stellen dabei unter anderen die seit der allgemeinverbindlichen Einführung der Außerklinischen Intensivpflege im Oktober 2023 zu jeder Verordnung erforderlichen Potenzialerhebungen dar. Viele Familien berichten von **erheblichen Problemen geeignete Fachärzt*innen zu finden, die bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Potenzialerhebungen durchführen können.** Die uns vorliegenden Rückmeldungen decken sich auch mit den Erfahrungen des MD Hessen, die am 26. Oktober 2024 auf dem MAIK-Kongress in München vorgestellt wurden. Demnach ist **der Anteil an Verordnungen, die mit Potenzialerhebung ausgestellt wurden, in der Altersgruppe 0 bis 18 Jahre mit 44,4% niedriger als in der Gruppe der erwachsenen Patient*innen**, wo durchschnittlich 51,1% der Verordnungen auf Grundlage einer Potenzialerhebung ausgestellt wurden.

Deutscher Kinderhospizverein e. V.	
04.11.2024	
	Sowohl die **frustranen Bemühungen bei der Arztsuche** als auch die häufig in Kauf genommenen **weiten Anfahrtswege** zu den zur Potenzialerhebung zugelassenen Fachärzt*innen oder Einrichtungen **belasten die ohnehin sehr stark strapazierten Ressourcen der Familien**, die ihre Kinder mit lebensverkürzender Erkrankung täglich zuhause pflegen. Nicht selten müssen **Elternteile ihre beruflichen Ziele aufgeben** und erhebliche finanzielle Einbußen in Kauf nehmen, um das Leben ihrer erkrankten Kinder im familiären Umfeld zu ermöglichen.
	In diesen Fällen sind die regelmäßig geforderten Potenzialerhebungen auch deshalb besonders belastend, weil bei den angeborenen oder in früher Kindheit erworbenen und häufig progredient verlaufenden Erkrankungen letztlich **nur selten ein Entwöhnungspotenzial zu erwarten ist**. In Fällen, wo beispielsweise wegen angeborener Fehlbildungen im Verlauf der körperlichen Entwicklung eine Verbesserung der Atemfunktion erreicht werden kann, erfolgen notwendige medizinische Behandlungen und Interventionen auch unabhängig von gesundheitsrechtlichen Vorgaben im Eigeninteresse der Familien und ihrer Kinder. **Die geforderten medizinischen Untersuchungen dienen bei jungen Menschen** nach unserer Einschätzung insofern vorrangig der Erfüllung bürokratischer Auflagen und **weniger der Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung**. Die in der **Ausnahmeregelung nach § 5b AKI-RL** vorgesehene Reduzierung der verpflichtenden Untersuchungen stellen daher eine **Entlastung für die betroffenen Familien und die an der Verordnung beteiligten Ärzt*innen** dar.
Unsere Zustimmung gilt ausdrücklich auch der von der Patientenvertretung vorgeschlagenen Verlängerung der Übergangsregelung gemäß §	Auch für junge Menschen, bei denen erst nach dem 30. Oktober 2023 ein Bedarf an Außerklinischer Intensivpflege eingetreten ist, stellt die Kontaktaufnahme zu geeigneten Ärzt*innen oder Einrichtungen eine große Herausforderung dar. Die Einleitung einer Beatmung oder der Eingriff zur Anlage einer Trachealkanüle erfolgen in der Regel in spezialisierten pädiatrischen Fachkliniken, die sich häufig in großer Distanz zum Wohnort der Familien befinden. **Für die nachfolgend**

Deutscher Kinderhospizverein e. V.	
04.11.2024	
5a bis zum 31. Oktober 2025.	**regelmäßigen Potenzialerhebungen stehen in Wohnortnähe dann jedoch oft keine geeigneten Fachärzt*innen mit freien Kapazitäten zur Verfügung**. Auch in diesen Fällen muss daher durch die Verlängerung der Ausnahmeregelung nach § 5a AKI-RL ein angemessener Zeitraum für die Etablierung belastbarer Versorgungsstrukturen eingeräumt werden.

„Gemeinsam Schicksale bewältigen“

SelbstHilfeVerband - FORUM GEHIRN e.V.

Bundesverband für Menschen mit erworbenen
Hirnschädigungen und deren Angehörige

SHV - FORUM GEHIRN e.V. Bahnhofplatz 6 89518 Heidenheim

Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5b (neu) [PatV: und Anpassung § 5a]

1. Einleitung

Wir nehmen zunächst Bezug auf unsere Stellungnahme vom 04.04.2023 im vorangegangenen Stellungnahmeverfahren.

Wir hatten seinerzeit bereits erhebliche Bedenken geäußert, dass die Kapazitäten der potenzialerhebenden Ärzte ausreichend wären, um fristgerechte Potentialerhebungen für die erforderlichen Verordnungen zu ermöglichen. Wir hatten dazu angeregt, den § 8 des AKI-Entwurfs um einen Abs. 7 zu ergänzen. Der Absatz 7 sollte eine Fortführung der Versorgungen ermöglichen sofern Potentialerhebungen nicht rechtzeitig bis zum 30.10.2023 erfolgen konnten. Unseren Ergänzungsvorschlag hatten wir wie folgt begründet: Nach Konsultation aller uns zugänglichen Experten wird bezweifelt, dass trotz der intendierten Erweiterungen der zur Potentialerhebung befugten Ärzte ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen werden, um alle zur Fortführung bestehender Versorgungen erforderlichen Potentialerhebungen rechtzeitig durchzuführen. Die Selbstverwaltung wird daher aufgefordert, die erforderliche Versorgungssicherheit herzustellen und einen Verordnungs- wie auch Versorgungsabbruch auszuschließen. Dazu bedarf es der Ergänzung des § 8 um eine entsprechende Regelung.

Der GBA hat unseren Vorschlag zurückgewiesen mit der Begründung, dass dieser Sachverhalt nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens sei. Umso erstaunter waren wir – und mit uns viele andere stellungnahmeberechtigte Spitzenorganisationen – in der verabschiedeten AKI-RL die Regelung des § 5a vorzufinden.

Da diese Regelung offensichtlich nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens oder auch eines anderen Stellungnahmeverfahrens war, sind wir davon ausgegangen, dass die verabschiedete Richtlinie mit einem Formfehler behaftet ist. Darüber hinaus gehen wir auch davon aus, dass die Regelung des § 5a auch gesetzeswidrig ist, weil der § 37c SGB V nach unserer Kenntnis keinen Raum bietet auf eine Potentialerhebung als Voraussetzung für eine ärztliche Verordnung von AKI zu verzichten. Die Tatsache, dass die Richtlinie durch das BMG unbeanstandet geblieben ist, ändert nichts an ihrer Gesetzeswidrigkeit.

Hätte der GBA unsere Bedenken sowie die vielseitig geäußerten Bedenken der Mitglieder der Patientenvertretung und anderer Selbsthilfeverbände nicht ignoriert, wäre das aktuelle Stellungnahmeverfahren höchstwahrscheinlich entbehrlich. Insoweit möchten wir unserer Hoffnung Ausdruck verleihen, dass die Selbstverwaltung zukünftig den Einschätzungen der Betroffenen mehr Gewicht beimisst und sorgfältiger wägt.

Geschäftsstelle
Bundesverband
SHV - FORUM GEHIRN e.V.

Bahnhofplatz 6
89518 Heidenheim

Telefon: 07321 - 53 06 856

Bundesvorsitzender
Karl-Eugen Siegel

www.shv-forum-gehirn.de
info@shv-forum-gehirn.de

Amtsgericht Charlottenburg
Vereinsreg.Nr.: 95 VR 28715B

Bankverbindungen
Kreissparkasse Köln
IBAN: DE75 3705 0299 0341 5530 38
BIC: COKSDE33XXX

Gemeinnütziger Verein
Finanzamt Heidenheim
Steuernummer: 64100/10836

Partner der Internationale Woche des Gehirns brain WEEK

2. Aktuelles Verfahren

Zunächst möchten wir unsere Verwunderung über die Kurzfristigkeit des Stellungnahmeverfahrens äußern. Für uns ist nicht nachvollziehbar, wie bei einem nach eigenen Angaben (Seite 3, Abs. 2, Tragende Gründe) engmaschig geführten Beobachtung der Versorgungssituation bei der bereits Ende Juni offensichtliche Hinweise vorgelegen haben müssen, dass keinesfalls alle Verordnungen bis zum 31.12.2024 mit einer Potentialerhebung versehen werden können, erst am 30.10.2024 ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wird. Dass dieses Stellungnahmeverfahren dann mit einer Wochenfrist in der zwei Feiertage liegen abgeschlossen werden soll, die also weit unter der üblichen Mindestfrist von vier Wochen liegt, wirft Fragen zur Verfahrensführung des GBA auf.

In der Sache erkennen wir, dass die mit § 5b AKI-RL getroffene Regelung geeignet ist, für viele bereits langfristig versorgte Betroffene die Verordnung der Leistungen zu vereinfachen und damit im Ergebnis sicherer zu gestalten. Im Umkehrschluss dazu werden die potentialerhebenden Ärzte mit entsprechend weniger Verfahren belastet. In Bezug auf diese Patientengruppe findet die Neuregelung unsere Zustimmung und sie ist auch verhältnismäßig, weil sie unnötige Potentialerhebungen vermeidet.

Gleichzeitig teilen wir die Auffassung der Patientenvertretung, dass mit der Regelung noch nicht gewährleistet ist, dass alle erforderlichen Potentialerhebungen fristgerecht erbracht werden können, um Versorgungsabbrüche oder Versagungen von Versorgungen bei Neueren oder Neuversorgungen zu gewährleisten. Diese Regelungslücke muss zuverlässig geschlossen werden, um eine umfängliche Versorgungssicherheit über den 31.12.2024 hinaus zu gewährleisten.

Eine abschließende Einschätzung kann hierzu nicht erfolgen, weil letztlich unklar bleibt, wie viele Potentialerhebungen mit den aktuell zur Potentialerhebung bereiten und berechtigten Ärzten erbracht werden können und ob damit sämtliche Neu- und Bestandsversorgungen dauerhaft im gesetzlich vorgesehenen Turnus entsprechend begutachtet werden können.

Wir gehen dabei davon aus, dass es keine wesentlichen Veränderungen in der Anzahl der zur Potentialerhebung bereiten Ärzte geben wird.

Auf der Grundlage uns bekannter Erhebungen des MD-Nord gehen wir mittelfristig von einer deutlichen Absenkung der Potentialerhebungen aus. Die Erhebungen des MD-Nord zeigen, dass das ursprünglich im Gesetzgebungsverfahren unterstellte Entwöhnungs- und Dekanülierungspotential von mehr als 60 % sich auf die Gruppe der lungenerkrankten Patienten bezog. Diese machen jedoch nur etwa 16 % der derzeit im Rahmen von AKI versorgten Patienten aus. Nach unserer Einschätzung können dementsprechend mehr als 80 % der aktuellen und zukünftigen Versorgungen im Rahmen qualifizierter und / oder allgemeiner Krankenbeobachtung gem. § 37 Abs. 2 SGB V im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege versorgt werden. Gerade bei der Mehrzahl unserer Betroffenen, die nicht beatmet werden stellen die Qualifikationsanforderungen der leistungserbringenden Personen eine Überversorgung dar, weil diese Anforderungen offensichtlich nicht für eine

bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Dementsprechend können die nach unserer Einschätzung verbliebenden 20 % optimal fachärztlich und fachpflegerisch, wie vom Gesetz beabsichtigt, versorgt werden.

Insoweit regen wir an, parallel die HKP-RL um die „allgemeine Krankenbeobachtung“ sowie die „qualifizierte Krankenbeobachtung“ zu erweitern. Die mit der Streichung der Ziffer 24. entstandene Leistungslücke wird bereits von den Sozialgerichten der 1. und 2. Instanz (vgl. LSG Hessen, L 1 KR 25/24 B ER; SG Braunschweig S 37 KR 150/24; SG Hannover S 95 KR 572/24; SG Halle S 30 KR 133/21; LSG Berlin-Brandenburg L 4 KR 116/24 B ER; SG Gießen, S 14 KR 15/24; SG Marburg, S 14 KR 5/24 ER; SG Frankfurt, S 34 KR 226/24 ER; SG Osnabrück, S 42 KR 54/24; SG Bremen, S 61 KR/24 ER; SG Darmstadt, S 25 KR 240/24 ER; SG Magdeburg, S 2 KR 422/21; SG Gelsenkirchen, S 17 KR 3015/19; SG Cottbus, S 11 KR 176/24 ER; et al.) entsprechend mit diesen durch die Rechtsprechung des BSG bereits etablierten Leistungen geschlossen.

Insoweit hoffen wir, dass der GBA nunmehr mit der Aufnahme in den Leistungskatalog der HKP in die Regelversorgung verhilft und somit im Rahmen seiner Richtlinien-Kompetenz auf untergesetzlicher Ebene für weitere Rechts- und Versorgungssicherheit sorgt und die Belastungen der Versichertengemeinschaft durch den Abbau der zur Zeit provozierten Überversorgungen abbaut.

Heidenheim, den 06.11.2024

Gezeichnet

Karl-Eugen Siegel	Prof. Dr. Manfred Schlich	Sebastian Lemme
Vorsitzender	stellv. Vorsitzender	Vorstandsmitglied

6.9 Mündliche Stellungnahmen

6.9.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 19. November 2024 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerfO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerfO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 19. November 2024 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	**Anrede/Titel/ Name**	**Frage**					
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Intensivpflegeverband Deutschland e. V. (IPV)	Sven Liebscher	ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Kinderhospizverein e.V.	Thorsten Hillmann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	Beate Bettenhausen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Sven Wolfgram	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Dr. Oliver Stegemann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Selbsthilfeverband - Forum Gehirn e. V.	Sebastian Lemme	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Karl-Eugen Siegel	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

6.9.2 Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung, ggf. Verlängerung der Übergangsregelung

vom 19. November 2024

Vorsitzender:	Herr Dr. van Treeck
Beginn:	10:01 Uhr
Ende:	10:42 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Intensivpflegeverband Deutschland e. V. (IPV)
Herr Liebscher

Deutscher Kinderhospizverein e. V. (DKHV)
Herr Hillmann

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)
Frau Bettenhausen

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
Herr Wolfgram
Herr Dr. Stegemann

SelbstHilfeVerband - FORUM GEHIRN e.V. (SHV FORUM GEHIRN)
Herr Lemme
Herr Siegel

Beginn der Anhörung: 10:01 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! Ich begrüße Sie alle! Wir starten mit der Anhörung, die ja ein streng geregeltes Prozedere hat. Willkommen zur Anhörung des Unterausschusses Veranlasste Leistungen, heute geht es um die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie. Ich werde zunächst prüfen, ob alle angemeldeten Teilnehmer:innen anwesend sind

und frage nach Institution ab – und bitte Sie dann zu bestätigen, dass Sie da sind.

Ich beginne mit dem Intensivpflegeverband Deutschland e. V., Sven Liebscher, sind Sie da?

Herr Liebscher (IPV): Ja, ich bin da.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Sehr schön. – Der Deutsche Kinderhospizverein ist vertreten durch Thorsten Hillmann, ja?

Herr Hillmann (DKHV): Ja, das ist richtig, ich bin da.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Wunderbar. – Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen, Frau Beate Bettenhausen?

Frau Bettenhausen (bvkm): Ja, guten Morgen, ich bin da.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Sehr schön. – Dann der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Sven Wolfgram, sind Sie da? – Er ist noch nicht da. – Und Dr. Oliver Stegemann, sind Sie da? – Nein, sie sind noch nicht da. – Und dann der SelbstHilfeVerband - FORUM GEHIRN e. V., Sebastian Lemme, sind Sie da?

Herr Lemme (SHV FORUM GEHIRN): Anwesend.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Sehr schön. – Und Karl-Eugen Siegel, sind Sie da? – Noch nicht, okay.

Zum Organisatorischen: Wir erstellen von der Anhörung ein Wortprotokoll und das wird auch veröffentlicht, das muss jeder wissen. Also hier wird jeder Satz 1:1 protokolliert.

Ich bitte darum, dass Sie vor jedem Wortbeitrag Ihren Namen nennen, damit das im Wortprotokoll eben auch erscheint. Und wenn Sie nicht sprechen, bitte stummschalten, weil das insbesondere für die Online-Teilnehmer unangenehm ist, wenn nicht stummgeschaltet ist.

Wenn Sie sich melden wollen, schreiben Sie bitte ein X in den Chat, denn wir führen eine Rednerliste.

Und zum Inhaltlichen: Ihre Stellungnahmen sind natürlich im Unterausschuss bekannt, die brauchen Sie nicht zu wiederholen. Es geht jetzt vor allem darum, dass Sie noch mal kurz vielleicht neue Erkenntnisse hier vortragen und dass der Unterausschuss dann die Möglichkeit hat, Ihnen Fragen zu stellen.

Gut, dann können wir starten. – Ah, jetzt ist Herr Wolfgram zu uns gestoßen. Herr Wolfgram, Sie sind da? Bitte kurz bestätigen wegen des Wortprotokolls.

Bitte fürs Wortprotokoll, „Daumen hoch“ wissen wir nicht zu verschriftlichen. Sie sind auch da, Herr Wolfgram? Wir müssen auch gucken, dass Ihr Ton funktioniert. – Herr Wolfgram?

Herr Dr. Stegemann (bpa): Stegemann vom bpa – –

Herr Wolfgram (bpa): Wolfgram vom bpa, guten Tag.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Okay, jetzt haben wir Sie beide gehört, Herr Wolfgram und Herr Stegemann, dann können wir jetzt anfangen.

Herr Wolfgram (bpa): Sorry.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank. – Wir beginnen mit dem Intensivpflegeverband Deutschland, Herr Liebscher.

Herr Liebscher (IPV): Vielen Dank. – Wir hatten es in der Stellungnahme ja schon ausgeführt: Wir plädieren sehr dafür, die Einschränkung nicht auf die sogenannten Altfälle beizubehalten, sondern auch auf Patienten, die nach dem 30. Oktober 2023 außerklinischer Intensivpflege bedürfen, weil die Erfahrung zeigt die Rückmeldung der Mitgliedsbetriebe, dass sich auch eben für die Neufälle, so nenne ich es jetzt mal, faktisch kaum oder nur sehr schwer flächendeckend Ärzte finden, die Potenzialerhebung ausführen. Da geht es noch nicht mal um die Qualifikation, sondern um die tatsächliche Bereitschaft, das nachher zu tun. Und das ist ein echtes Problem, weil man faktisch auch im Neuversorgungsbereich kaum noch jemanden findet – oder kaum jemanden findet –, der es tut. Wir hören auch immer wieder von Aussagen, dass man es jetzt noch mal macht, aber dann irgendwie diese Tätigkeit einstellen möchte.

Wir haben auch in der Stellungnahme ausgeführt, welche Gründe von den Fachärzten hierfür angeführt werden. Das sind Dinge, die wir jetzt hier nicht regeln können, die müssen auf anderer Ebene gemacht werden. Und trotzdem hat man das Problem, dass man halt zurzeit nur schwerlich an eine geeignete fachärztliche Versorgung für eine Potenzialerhebung kommt. Von daher ist uns das ein schwerwiegendes Anliegen, auch im Sinne der Mitglieder und der Patienten, der Betroffenen, dass man diese Ausgrenzung der Neufälle fallenlässt. – Danke.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Liebscher. – Dann kommt jetzt als Nächstes Herr Hillmann, bitte.

Herr Hillmann (DKHV): Ja, danke schön. – Zum einen möchte ich sagen, dass der Deutsche Kinderhospizverein den Änderungen in den Ziffern 1 bis 3 ausdrücklich zustimmt. Das haben wir auch in unserer Stellungnahme begründet, da sich die Situation nicht grundlegend verändert hat bezüglich des Fachärztemangels und bezüglich der Problematik, in Wohnortnähe für die Familien einen geeigneten Arzt zu finden, der die Potenzialerhebung durchführen kann.

Kritisch sehen wir eindeutig, dass für, so wie es gerade hieß, die sogenannten Neufälle die Übergangsregelung nicht gilt, weil grundsätzlich ist die Situation dort ja nicht anders. Das sind auch die Rückmeldungen, die uns erreichen. Als Verband vertreten wir an 32 Standorten bundesweit über 700 Familien und ein gutes Drittel der Kinder und Jugendlichen, die in diesen Familien leben, sind intensivpflegepflichtig. Und diese Problematik wird an uns herangetragen, dass für Verordnungen – oder für intensivpflegepflichtige Fälle nach dem 30.10.23 dieselbe Problematik besteht wie für die andere Gruppe. Und deshalb schließen wir uns da auch ausdrücklich – ganz ausdrücklich der Sichtweise der Patientenvertretung an, diese Übergangsregelung auf alle auszudehnen. – Danke schön!

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Hillmann. – Frau Bettenhausen.

Frau Bettenhausen (bvkm): Beate Bettenhausen vom bvkm. – Ja, wir sprechen uns auch dafür aus, die Übergangsregelung zu verlängern. Wir vertreten fast 27.000 Menschen und ihre Angehörigen und viele darunter sind von Geburt an oder vom frühen Kindesalter an schon betroffen von dem Bedarf an häuslicher Intensivpflege. Das heißt, die stehen jetzt vor der Situation, um die Versorgung verlängern zu können, Potenzialerhebungen zu bekommen.

Gleichzeitig haben wir aber auch viele Betroffene, die aufgrund von progredienten Erkrankungen dann im Laufe der Zeit den Bedarf entwickeln und dann sozusagen Neufälle sind. Und gerade die tun sich auch sehr schwer, einen potenzialerhebenden Arzt zu finden. Ich denke, wir kennen alle die Situation in den Facharztpraxen insgesamt: Da ist es schwierig, Termine zu bekommen. Und hier ist es noch mal doppelt schwierig, weil die Familien dann ja auch in einer

absoluten Ausnahmesituation sind und dann über die Portale versuchen, Ärzte zu finden, aber in der Regel die Antwort erhalten, es sind einfach keine Kapazitäten vorhanden, um noch neue Patienten aufzunehmen.

Wir haben zusätzlich natürlich als Verband für Menschen mit Körperbehinderung die Situation, dass die Menschen auf eine wirklich umfassende Barrierefreiheit angewiesen sind, und das heißt halt in dem Fall wirklich rollstuhlgerechte Zugänge. Und in Arztpraxen, wie wir auch alle wissen, ist das ja nur in einem Bruchteil der Arztpraxen in diesem Umfang gegeben. Also das erschwert jetzt die Suche für unseren Personenkreis noch mal mehr. Deswegen sprechen wir uns sehr dafür aus, diese Übergangsregelung zu verlängern. Es wäre auch in unserem Sinne, für Bestandspatienten zu sagen, da ist es mit bestimmten Diagnosen gar nicht mehr notwendig, und für Neupatienten, die brauchen die Verlängerung der Übergangsregelung ebenfalls dringend. – Danke.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Frau Bettenhausen. – Jetzt Herr Wolfgram und/oder Herr Stegemann. Wer möchte beginnen?

Herr Dr. Stegemann (bpa): Herr Stegemann hier vom bpa. – Also wir vertreten ja über 850 Leistungserbringer, Pflegedienste im Bereich der außerklinischen Intensivpflege. Ich möchte die ganzen Argumente nicht wiederholen, aber auch wir möchten dringend darum bitten, dass das, was gesagt wurde, berücksichtigt wird und nicht nur die Altfälle für eine Verlängerung der Übergangsregelung dort in Betracht gezogen werden, sondern eben halt auch alle Neufälle. Die Argumente sind jetzt schon aufgezählt worden. Uns wird von unseren Mitgliedsbetrieben unisono berichtet, dass es sehr, sehr schwierig ist in der Praxis, entsprechende Mediziner – und das gilt eben nicht nur für die Altfälle, sondern insbesondere gerade auch für die Neufälle – tatsächlich zu gewinnen, um diese Leistung überhaupt dann quasi zu starten, weil das doch für viele sehr aufwendig ist.

Wir wissen auch mittlerweile aus einer Vielzahl von Erhebungen, dass es ohnehin nicht sehr viele Fachärzte sind, die in diesem Bereich weiterhin tätig sind oder tätig werden sollen, sondern nach wie vor die Hausärzte das machen. Und die sind, was ihre Kapazität angeht, bei Weitem ausgelastet. Und das ist gerade für die Neufälle unheimlich schwierig, dort an entsprechende Ärzte zu kommen. Ich habe jetzt den Anfang vielleicht nicht – – Werden wir über 5b noch mal gesondert oder ist das jetzt auch schon bereits Thema? Dann würde ich sagen – – Also wir als bpa begrüßen den 5b, also die Regelung, die entsprechend den Abbau der Bedarfsspitzen betrifft, ganz grundsätzlich, halten das für eine geeignete Regelung, um im Prinzip für diese bereits versorgten Betroffenen die Verordnung der Leistung zu vereinfachen und damit ein Ergebnis auch sicherzustellen.

Einen Satz nur zum Schluss vielleicht von unserer Seite in Bezug auf das Stellungnahmeverfahren ganz grundsätzlich: Wir möchten darum bitten, künftig doch darauf zu achten, auch die in der Geschäftsordnung vorgesehenen Fristen einzuhalten. Weil all das, was wir hier ja kurz besprechen, das sind ja keine Sachen, die uns gerade jetzt erst auffallen. Nicht nur wir als Verband, auch viele andere, auch die Patientenvertreterorganisationen haben bereits ein Gesetzgebungsverfahren zur Implementierung der Richtlinie durch den G–BA, das ist überall nachzulesen, mehrfach darauf hingewiesen, dass wir diese Situation haben, wie sie hier festgestellt wird: nämlich gar nicht die Möglichkeit, die Potenzialerhebung von Ärzten in der notwendigen Frequenz, ausreichenden Anzahl sicherzustellen. Dass wir das jetzt so holterdiepolter machen

müssen, damit die Frist eingehalten werden kann oder nicht ausläuft, ohne eine Nachfolgeregelung zu haben, irritiert doch sehr stark. – Danke schön!

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Jetzt Herr Wolfgram, bitte, ergänzend dazu vielleicht.

Herr Wolfgram (bpa): Da gibt es nichts zu ergänzen. Danke.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön! – Dann kommen wir jetzt zu Herrn Lemme.

Herr Lemme (SHV FORUM GEHIRN): Auch wir begrüßen die Regelung des 5b, müssen sie aber als unzureichend einschätzen. Insgesamt müssen wir konstatieren, dass es bis zum heutigen Tage nicht gelungen ist, für die offensichtlich berechtigten Fälle hinreichende Versorgungs- und Rechtssicherheit zu schaffen durch die Selbstverwaltung. Und das muss nach unserer Auffassung verändert werden. Wir möchten, dass die Regelungen, die jetzt getroffen werden, Rechts- und Versorgungssicherheit für alle Fälle bedeuten.

Und darüber hinaus möchten wir, dass die Fälle der AKI noch mal gesondert insgesamt überprüft werden, da die uns zugänglichen Zahlen, insbesondere des MD Nord, sehr eindeutig darauf hinweisen, dass wir vermutlich in 75 % der Fälle der AKI mit dem Assessment der Potenzialerhebung über das Ziel hinausschießen. Der MD Nord hat eindeutig aufgezeigt, dass in 75 % der Fälle offensichtlich kein Entwöhnungs- und Dekanülierungspotenzial besteht. Und insoweit regen wir an, insgesamt diese neuen Erkenntnisse nachzuvollziehen und entsprechend in den Richtlinien oder aber auch in gesetzgeberischen Initiativen umzusetzen. – Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Lemme. – Jetzt Herr Siegel. – Herr Siegel ist nicht da. Dann kann ich vielleicht gleich mal, Herr Lemme, anschließen. Ich bin Arzt und gerade ein bisschen – erstens – ratlos und ärgerlich. In Ihrer Aussage – – Also Sie sagen, 75 % findet der MD noch nicht – den ich übrigens früher als Leitender Arzt geleitet habe, also dass die Zahlen hier vorliegen – gut.

Es gibt ja zwei Ziele, die damit verfolgt werden sollen. Das erste ist: Es soll natürlich jeder versorgt werden, der Versorgung braucht mit Beatmung, das soll sichergestellt werden. Aber man soll eben auch prüfen, dass die Leute, die entwöhnt werden können, dass die auch entwöhnt werden. Und ich finde, 25 %, können Sie ja mal begründen, warum Sie mit 25 % Menschen, die entwöhnt werden können, umgehen können. Und was wären Ihre konkreten Vorstellungen, wie man das ändern kann? Denn diese Patienten müssen ja auch sichergestellt werden, dass sie entwöhnt werden. Wie wäre Ihr Weg, Herr Lemme?

Herr Lemme (SHV FORUM GEHIRN): Also zunächst, wie gesagt, ich hoffe, dass Ihnen die Zahlen des MD Nord vorliegen. Sind die Ihnen bekannt?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Die sind hier bekannt, ja.

Herr Lemme (SHV FORUM GEHIRN): Sind bekannt, gut. Was wir dort sehr sicher erkennen können, ist, dass bei 75 % der Betroffenen der MD Nord davon ausgeht und erkannt hat, dass dort auch dauerhaft kein Entwöhnungs- und Dekanülierungspotenzial vorliegt. Das heißt, treffe ich hierzu Assessments – und dauerhaft wiederkehrende Assessments –, die Sie aktuell offensichtlich nicht bedienen können mit Potenzialerhebungskapazitäten, die vorhanden sind, dann werden wir dauerhaft in dieser Problematik sein. Wir wissen, dass diese Leistungsquelle gut im Rahmen des hausärztlichen Regimes seinerzeit versorgt werden konnte. Und wir gehen

davon aus, dass es eine dauerhafte Lösung, dauerhafte Versorgungssicherheit, um dann entsprechend auch hohe Versorgungsqualität, nur geben wird, wenn wir tatsächlich diese Menschen, diese Betroffenen identifizieren, die eindeutig – und das ist vornehmlich die Patientengruppe der Lungenerkrankten – ein hohes Entwöhnungs- und Dekanülierungspotenzial aufweisen. Diese sollten nach unserer Auffassung entsprechend engmaschig, wie es der 37c vorsieht, unterstützt und beobachtet und begleitet werden. Und wir gehen auch davon aus, dass dort eine entscheidende Verbesserung der Versorgungsqualität dadurch erreicht werden könnte, dass diese Fälle sogar noch durch die klinischen, durch die ärztlichen Fachärzte weiterbegleitet werden können. Das ist unsere Hoffnung. Und ich muss Ihnen ehrlich sagen: Die Qualitätsversprechen und die Versprechen auf optimale Rehabilitation sowie das Versprechen, vor betrügerischen Leistungserbringern beschützt zu werden, sind allesamt nicht eingehalten worden. Und ich fordere Sie auf und bitte Sie, das zu korrigieren.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Also das darf ich nur kurz sagen, weil das ja hier kein Dialog werden soll: Das ist nicht im Bereich der Regelungstätigkeiten des G-BA.

Ich habe aber wirklich an den ganzen Kreis jetzt selber noch mal eine Frage: Sie monieren alle, dass es nicht in ausreichender Zahl möglich ist, Potenzialerhebungen zu bekommen, obwohl diese ja nun für viele Patienten ganz wesentlich sind. Was erwarten Sie denn hier in diesem Kreis, wie sich das weiterentwickelt? Denn wenn man noch mal aussetzt jetzt, stehen wir dann ja nach einer gewissen Zeit wieder an der gleichen Stelle wie vorher. Was ist Ihre Erwartung für die weitere Entwicklung? Denn diese Potenzialerhebungen sind ja nicht sinnfrei, sondern dienen dem Patientenschutz, dass sie eben nicht zu lange beatmet werden. Können Sie ungefähr Ihre Erwartung aus der Praxis hier auch noch mal wiedergeben, das würde mich interessieren. – Herr Stegemann.

Herr Dr. Stegemann (bpa): Ich knüpfe ein bisschen daran an, was zum einen Herr Lemme sagt, nämlich: Vielleicht muss man – oder nicht vielleicht, man sollte noch mal ganz genau hingucken, wer denn diese Potenzialerhebungen wirklich braucht. Also die Patientenklientel, dahin vielleicht das Ganze schärfen, dann mag es einfacher werden.

Wir haben auch in unserer Stellungnahme, weil wir auch die Sorge haben – soweit wir natürlich den 5b begrüßen –, dass das am Ende nicht ausreichen wird. Von unseren Mitgliedsdiensten, die da sehr spezialisiert drin sind, wurde uns weitergegeben, dass es noch nicht in ausreichender Zahl – „ausreichender Zahl“ ist vielleicht nicht richtig gesagt – die Möglichkeiten, insbesondere telemedizinisch tätig zu werden, die entsprechenden technischen Möglichkeiten zu nutzen, darüber hinaus auch weiterzudenken, inwieweit spezialisierte Atmungstherapeuten in bestimmten Bereichen bestimmte Dinge vereinfachen können. Wir haben das, wie schon gesagt, ja schriftlich etwas ausführlicher dargestellt, das sind neue Denkansätze. Und ich glaube, wir kommen gar nicht umhin, neu zu denken. Denn es ist einfach ein Fakt – und das haben wir im Gesetzgebungsverfahren, ich wiederhole mich, wir haben das im Verfahren zur Richtlinie hoch- und runterdekliniert. Das ist doch einfache Arithmetik und ein bisschen Demografie, dass wir eine immer abnehmendere Zahl an Ärzten ganz grundsätzlich, egal welcher Fachrichtung, zunehmend haben und auf der anderen Seite ein höheres Patientenpotenzial bekommen. Wir werden das mit den Hausmitteln, die uns zurzeit da zur Verfügung gestellt werden, auch über die Richtlinie, langfristig einfach nicht wirklich schaffen, dass das, was gut gewollt ist, tatsächlich für den Patienten dann in der Situation ausreichend herzustellen. Deswegen haben wir auch entsprechende Vorschläge in unsere Stellungnahme eingearbeitet.

Und vielleicht muss auch da der G-BA darüber nachdenken, inwieweit auch das Feld weitergedacht werden muss und nicht nur vielleicht immer in Bezug auf die Ärzte das fokussieren, die wir nicht mehr haben. – Danke.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank. – Wobei, im Moment haben wir international noch eher eine knapp überdurchschnittliche Arztdichte. Aber ja, da haben wir die Stellungnahme gelesen. – Herr Hillmann hatte sich gemeldet.

Herr Hillmann (DKHV): Ja, danke. Ich würde auch noch mal plädieren für eine zunehmend differenzierte Sichtweise nach den medizinischen Problemstellungen und den entsprechenden Patientengruppen. Und zwar, aus der Perspektive der jungen Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung ist es ja so, dass in der Mehrheit die Erkrankungen entweder angeboren sind, sich in den ersten Lebensjahren dann symptomatisch zeigen und weiterentwickeln oder in der frühen Kindheit erworben worden sind. Und in sehr vielen Fällen ist überhaupt kein Entwöhnungspotenzial zu erwarten aufgrund der Progredienz der Erkrankung und der damit einhergehenden Behinderungen oder gesundheitlichen Verschlechterungen. Und für diese Gruppe würde ich mir eine differenzierte Sichtweise vorstellen, die eben nicht vorsieht, bei jeder Verordnung auch regelmäßig die Entwöhnungspotenzialüberprüfung vornehmen zu lassen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank, Herr Hillman. – Frau Bettenhausen.

Frau Bettenhausen (bvkm): Ja, diesem Argument von Herrn Hillmann möchten wir uns unbedingt anschießen, denn auch bei uns besteht die Mitgliederschaft ja vielfach aus Kindern, wie gesagt, mit angeborenen Erkrankungen, Muskeldystrophien zum Beispiel, von denen bekannt ist, die verlaufen progredient, da wird irgendwann dieser Bedarf an Atemunterstützung, Kanülierung oder eben Beatmung eintreten, genauso junge Menschen, die im Kindes-, Jugendalter, jungen Erwachsenenalter verunfallt sind, sei es jetzt Ertrinkungsunfälle oder andere Formen, bei denen es auch eindeutig gegeben ist. Hier wird kein Potenzial entstehen. Wenn diese Fälle identifiziert würden und ein Ausnahmetatbestand wären, dann wäre schon mal ein Stück weit das System entlastet, und es wären auch die Betroffenen und ihre Familien entlastet. Dafür haben wir uns ja auch von Beginn an schon eingesetzt, auch im Gesetzgebungsverfahren: dass man diesen Personenkreis noch mal gesondert betrachtet. Und jetzt, in der aktuellen Situation, in der wir sehen, dass die Anforderungen gar nicht erfüllt werden können, wäre das wirklich ein wichtiger Impuls, dem man nachgehen sollte. – Danke.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ich danke auch. – Gibt es jetzt Fragen aus dem Unterausschuss, insbesondere auch zur Subgruppenbildung? – Der GKV-SV.

GKV-SV: Nur eine Nachfrage an Herrn Dr. Stegemann. Wenn ich das richtig verstanden habe, plädieren Sie ja dafür, noch mal schärfer den Blick darauf zu richten, welche Personengruppe am meisten von diesen Potenzialerhebungen profitieren würde, also nicht mit der Gießkanne, sondern zielgerichteter die Ressourcen einzusetzen. Welche Rolle sehen Sie da für die Leistungserbringer? Wir haben ja in der AKI-Richtlinie auch geregelt, in § 12 Abs. 6 ist das, wenn Sie als Leistungserbringer Anzeichen auf Potenziale sehen, dass Sie dann auch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt informieren sollen, damit dieser dann entsprechende Potenzialerhebungen einleitet. Wie häufig ist so etwas in Ihrer Praxis schon vorgekommen, und welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Herr Dr. Stegemann (bpa): Dazu kann ich Ihnen keine Empirie jetzt liefern in Bezug auf die

Fragestellung, wie häufig das regelmäßig vorkommt, dass die Leistungserbringer selbstständig dann dieses Verfahren durchführen, wenn irgendwelche Problemstellungen sich ergeben. Das ist jetzt aber reine Mutmaßung, das gehört ja dann quasi zum täglichen Geschäft: dass man, sobald irgendetwas abweicht vom Normalzustand, den Arzt entsprechend informiert und dann das Weitere wie auch immer geartete Verfahren dann mit dem Arzt abstimmt und sich entsprechend austauscht. Häufig kommt es dann in diesen Komplikationslagen ja dazu, dass die Versicherten gezwungen sind, dann auch ins Krankenhaus zu gehen, um dort entsprechend neu eingestellt zu werden oder therapiert zu werden. Und diese Prozesse allein schon als Pflegedienst zu begleiten ist unheimlich aufwendig, das sind diese Rückmeldungen, die ich habe. Und mitunter auch schwierig, weil dann wiederum die Interaktion zwischen Krankenhaus und Hausarzt auch vom Pflegedienst gesteuert werden muss, weil das auch kein Selbstläufer ist, dass die sich untereinander dann abstimmen. Da hängt eine ganze Menge dran, dass schon schwierig ist, das zu koordinieren. Ich kann Ihnen aber jetzt nicht sagen, wie häufig das regelmäßig, also ständig vorkommt. Darüber führen wir keine – können wir auch gar nicht, ist auch gar nicht unsere Aufgabe als Verband – irgendwelche Statistiken.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): GKV-SV? – Ja, danke schön, Frage beantwortet. –Patientenvertretung hat sich gemeldet.

PatV: Ja, vielen Dank. – Die Patientenvertretung hat eine Rückfrage an Herrn Hillmann vom Deutschen Kinderhospizverein. Herr Hillmann, welche Erfahrungen haben Sie mit Folgeverordnungen, die vom Versicherten jetzt aktuell im Herbst 2024 als Leistungsgrundlage für die AKI bei den Krankenkassen eingereicht werden? Können Sie dazu noch was ausführen?

Herr Hillmann (DKHV): Ja, kann ich gern tun. Uns erreichen Problemanzeigen von Familien, dass Verordnungen in nicht seltenen Fällen nur bis zum 31.12.2024 befristet ausgestellt werden. Und dafür gibt es im Grunde keine Grundlage, die nicht über den 01.01.2025 hinaus auszustellen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Hillmann. – Patientenvertretung.

PatV: Frau Bettenhausen, in der Praxis, wie sieht denn das aus: Welche realen Erfahrungen haben Sie denn mit den Kapazitäten, die verfügbar sind zur Potenzialerhebung bei den Fachärzten, die dafür zugelassen sind?

Frau Bettenhausen (bvkm): Die Rückmeldung, die wir von unseren Mitgliedern bekommen, ist, dass sie sich halt dann auf Suche begeben, dazu zum Beispiel in den einschlägigen Portalen, also bei den kassenärztlichen Vereinigungen oder bei gesund.bund, die Suche eingeben und schauen, wer ist denn da gelistet, natürlich idealerweise im wohnortnahen Umfeld. Wenn die Mitglieder dann anrufen bei den entsprechenden Praxen, bekommen sie oft die Rückmeldung, dass keine Kapazitäten vorhanden sind, um neue Patienten aufzunehmen. Das heißt, ja, das ist einfach, wir können es nur vermuten, ob sich die Ärzte dann gelistet haben, um Bestandspatienten versorgen zu können, weil sie zum Beispiel eine Intensiv-WG in ihrer Nähe betreuen. Auf jeden Fall sind keine Kapazitäten vorhanden, um da neue Patienten aufzunehmen, das ist vielfach die Antwort, die die Mitglieder bekommen.

Wenn sie dann in einem weiteren Umkreis suchen, dann stellt sich immer die Frage: Wie kommt man dahin? – Also das geht ja – gerade bei jenen, die neu in die Situation kommen, den Intensivpflegebedarf zu haben – darum: Wie mobil bin ich dann eigentlich und wer organisiert diesen Krankentransport, der möglicherweise notwendig ist? Oft heißt es dann auch:

Das geht gar nicht, das darf gar nicht als Krankentransport verordnet werden. – Also da tritt einfach eine ganze Menge an Schwierigkeiten auf.

Was ich ja eben schon erwähnt habe, war eben die umfassende Barrierefreiheit, die in den Arztpraxen dann erforderlich ist, damit Menschen mit dem Bedarf überhaupt in die Räumlichkeiten gelangen. Und dann auch, also das ist wirklich die Erfahrung in den Behandlungszimmern: Selbst wenn der Zugang stufenlos ist, wenn der Aufzug groß genug sein sollte, dann ist es in den Behandlungsräumen oftmals so eng, dass der E-Rolli mit dem notwendigen Equipment, Beatmungsmaschine usw., gar nicht reinpasst. Also es ist wirklich eine große Hürde, entsprechende Fachärzte zu finden, die Potenzial erheben dürfen und auch die Kapazitäten haben, noch neue Patienten aufzunehmen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön! – Ich habe jetzt auch noch mal eine Nachfrage. Sie haben ja den Überblick über das Bundesgebiet so ein bisschen. Gibt es Regionen, wo es besonders schwierig ist? Und gibt es, um die Stimmung auch wieder ein bisschen zu heben, auch Regionen, wo es gut funktioniert? Und wissen Sie, warum?

Frau Bettenhausen (bvkm): Also wir erheben das natürlich jetzt nicht irgendwie in der Fläche, sondern es sind die Problemanzeigen, die dann aus der Not heraus an uns herangetragen werden, deshalb kann ich dazu ganz schlecht Auskunft geben. So aus den eher persönlichen Einzelfällen, die ich höre, ist es manchmal dort einfacher, wo ein MZiB vorhanden ist, das die entsprechende Leistung anbietet.

Und ich denke, in ländlichen Regionen ist es natürlich sowieso immer schwieriger, die ärztliche Versorgung sicherzustellen, und das ist bei Potenzialerhebungen nicht anders, eher noch erschwert.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön! Gibt es weitere Fragen, unter anderem von der linken Seite hier? – Nein, keine weiteren Fragen aus dem Unterausschuss. – Doch, ja, die Patientenvertretung.

PatV: Es ist mir gerade noch etwas eingefallen, Entschuldigung. Das richtet sich wieder an Frau Bettenhausen, und zwar hinsichtlich gemachter Erfahrungen bezüglich der einerseits medizinischen und andererseits pflegerischen Kontinuität, Versorgungskontinuität nach der Überleitung von HKP in die AKI.

Frau Bettenhausen (bvkm): Ja, vielen Dank für die Frage, denn da können wir fast ein Füllhorn an Problemanzeigen aufmachen. Da sind ganz oft allerdings Patienten betroffen, die aufgrund von Epilepsiediagnosen die häusliche Krankenpflege haben und benötigen, weil auch dort immer wieder lebensbedrohende Vorfälle auftreten, bei denen dann die Intervention notwendig ist. Und diese Familien berichten uns, dass jetzt die Leistung abgelehnt wird, dass sie auch in den Gutachten vom Medizinischen Dienst, in denen vorher stand, dass ein Bedarf gegeben ist, also eine Pflegefachkraft rund um die Uhr vor Ort sein muss, um zu beobachten und eingreifen zu können in diesen Situationen, da steht jetzt, obwohl sich die Situation medizinisch nicht verändert hat, im Gutachten, es besteht kein AKI-Bedarf. Und das ist nach unserer Auffassung nicht richtig, auch nicht sachgerecht und auch nicht gewollt gewesen durch diese Gesetzgebung. Also das sind noch mal Familien, die jetzt ganz besonderen Herausforderungen gegenüberstehen. Und letztendlich ist dadurch die familiäre Situation gefährdet. Also Eltern sehen sich gezwungen, dann ihre Berufstätigkeit aufzugeben. Es ist der Schulbesuch der schwer

mehrfach behinderten Kinder gefährdet. Es ist auch die Werkstatt oder auch Ausbildung, Studium können dadurch gefährdet sein. Also da tut sich noch mal ein ganz großer Problemkreis auf, der nach unserem Erachten nicht durch das Gesetz beabsichtigt war, denn die medizinischen Gegebenheiten sind unverändert.

Und vielleicht noch ein letzter Satz: Auch Pflegedienste ziehen sich dann teilweise aus der Versorgung zurück, weil es zum einen zu unsicher ist, ob die Versorgung da weiter genehmigt wird, und zum anderen teilweise auch diese Personalanforderungen, die jetzt bestehen, nicht erfüllen – oder noch nicht erfüllen können.

PatV: Danke.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ja, ich danke auch. – Patientenvertretung.

PatV: Mir fällt jetzt auch noch eine Frage ein, die würde ich gern an Herrn Liebscher stellen. Haben Sie in Ihren Intensivpflege-WGs Menschen ohne Beatmung und ohne Kanüle? Und wenn ja: Wie versorgen Sie die, mit welchem Pflegeschlüssel? Und wenn nein: Hatten Sie vorher diese Menschen in Ihren Einrichtungen betreuen können?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Herr Liebscher.

Herr Liebscher (IPV): Vielen Dank. Genaue Zahlen haben wir nicht. Ich würde jetzt auch aus den Rückmeldungen heraus sagen, dass sich die nicht verändert haben, die Zahlen von Nichtbeatmeten von damals zu heute, nicht tracheal Kanülierten, das gibt es hin und wieder, das ist aber eigentlich nicht der Fokus. Das sind dann, wenn mal eingestreute Versorgungen, die es damals gab, die jetzt mit 132l aber kleiner werden, gerade in Bezug auf die Pflegedienste, die ausschließlich einen Versorgungsvertrag nach 132l haben, die würden diese Personengruppe, die dann möglicherweise keiner Intensivpflegebedürftigkeit mehr unterliegt, nicht versorgen. Außer natürlich – und die gibt es hin und wieder, das ist aber eine kleine Anzahl an Fällen – an Personen, die eben keine TK haben, keine Beatmungspflichtigkeit haben und trotzdem aufgrund der Erkrankung einen nachgewiesenen Intensivpflegebedürftigkeitsstatus, aber das ist eine geringe Anzahl. Die Versorgungsschlüssel sind tatsächlich da sehr individuell und weichen normalerweise nicht zwingend von den bisher üblichen ab, die in der Vergangenheit vergleichsweise häufig mit einer 1-zu-3-Versorgung versorgt wurden. Neu haben wir ja jetzt diese Schlüssel gar nicht mehr so formuliert, wir haben ja jetzt den Bruttopersonalkörper mit der Berechnungsmethode, wo dann eben 1:0,71 zum Beispiel rauskommt.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Herr Liebscher. – Herr Hillmann, hatten Sie sich noch gemeldet oder hat sich das mit dem Vortrag von Herrn Liebscher erledigt?

Herr Hillmann (DKHV): Nein, ich würde mich gern noch mal kurz zu Wort melden und noch mal das Stichwort von Frau Bettenhausen aufgreifen: Verunsicherung der Patienten. Ich hatte ja gerade benannt, dass es in der gelebten Praxis der Kassen dazu kommt, dass Verordnungen nur befristet bis Ende des Jahres 2024 ausgestellt werden. Und damit stürzen die Familien, die wir vertreten, natürlich in ein Dilemma. Und dieses Dilemma setzt sich strukturell fort. Ich sagte ja eingangs, dass wir ambulante Kinderhospizdienste betreiben, bundesweit an 32 Standorten, und unsere Koordinationsfachkräfte haben ja auch die Aufgabe, nicht nur mit Ehrenamt die Familien zu begleiten, sondern auch zu beraten. Und dort entsteht entsprechend auch Verunsicherung, wie man damit umgehen soll in diesen Einzelfällen. Auf dieses Dilemma hätte ich gern noch mal an dieser Stelle hingewiesen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Herr Hillmann. – Gibt es weitere Fragen aus

dem Unterausschuss? – Das scheint nicht der Fall zu sein. Dann darf ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben, und wünsche Ihnen allen noch einen schönen Tag. Danke schön!

Schluss der Anhörung: 10:42 Uhr