

# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie:  
Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung

Vom 18. Juni 2025

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Allgemeines .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Änderung in § 2 – Ziele der außerklinischen Intensivpflege.....</b>	<b>4</b>
<b>2.3</b>	<b>Änderung in § 4 – Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege.....</b>	<b>5</b>
<b>2.4</b>	<b>Änderung in § 5 – Potenzialerhebung bei Versicherten, die erstmals eine Verordnung der AKI nach dem 30. Juni 2025 erhalten.....</b>	<b>5</b>
<b>2.5</b>	<b>Änderung § 5a (neu) – Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025 .....</b>	<b>5</b>
<b>2.6</b>	<b>Änderung in § 7 – Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.....</b>	<b>6</b>
<b>2.7</b>	<b>Regelung zum Inkrafttreten .....</b>	<b>7</b>
<b>2.8</b>	<b>Besonderheiten des Verfahrens .....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>7</b>
<b>5.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>8</b>
<b>6.</b>	<b>Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens.....</b>	<b>9</b>
<b>6.1</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen.....</b>	<b>9</b>
<b>6.2</b>	<b>Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens .....</b>	<b>9</b>
<b>6.3</b>	<b>Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer .....</b>	<b>9</b>
<b>6.4</b>	<b>Eingegangene Stellungnahmen .....</b>	<b>9</b>
<b>6.5</b>	<b>Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren .....</b>	<b>11</b>
<b>6.6</b>	<b>Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren .....</b>	<b>13</b>
<b>6.7</b>	<b>Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen .....</b>	<b>19</b>
<b>6.8</b>	<b>Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen.....</b>	<b>31</b>
<b>6.9</b>	<b>Mündliche Stellungnahmen .....</b>	<b>48</b>
<b>6.9.1</b>	<b>Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....</b>	<b>48</b>

6.9.2	Wortprotokoll.....	50
-------	--------------------	----

## **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 Allgemeines**

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 § 5 und § 5a der AKI-RL umgesetzt.

Mit Blick auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Regelung noch geringe und nur langsam steigende Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Potenzialerhebungen vornehmen konnten, sowie deren regional sehr unterschiedlichen 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 zunächst bis zum 31. Dezember 2024 Rechnung getragen, indem die unbedingte Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durch eine „Soll-Regelung“ ergänzt wurde. Mit Beschluss vom 5. Dezember 2024 hat der G-BA die Soll-Regelung bis zum 30. Juni 2025 verlängert und eine Ausnahmeregelung der verpflichtenden Potenzialerhebung in § 5b der AKI-RL aufgenommen. Diese galt 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).

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 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. Nach diesen Berichten ist von einer kontinuierlich – wenn auch zuletzt abflachend – steigenden Anzahl der potenzialerhebungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte sowie einem Anstieg der Versicherten im AKI-Leistungsbezug auszugehen, die eine Potenzialerhebung erhalten haben. Dennoch ist nach aktuellem Stand nicht davon auszugehen, dass die Streckung der zwingenden Verknüpfung der Potenzialerhebung mit jeder Verordnung durch die o.g. Soll-Regelung dazu führt, dass bei im AKI-Leistungsbezug befindlichen Versicherten bis zum 30. Juni 2025 eine Inanspruchnahme von Potenzialerhebungen in einem Umfang erreicht werden kann, der auch unter Berücksichtigung der noch bis zum 31. Oktober 2025 laufenden Ausnahmeregelung nach § 5b der AKI-RL eine friktionsfreie AKI-Versorgung ohne weitere Anpassungen der AKI-Richtlinie erwarten lässt.

Vor diesem Hintergrund sieht der G-BA weiterhin Handlungsbedarf, zur Sicherstellung der Versorgung Regelungen mit dem Ziel zu treffen, noch bestehende Bedarfsspitzen zur Potenzialerhebung nachhaltig abzubauen. Dabei soll den vorliegenden Erkenntnissen, wonach mit zunehmender AKI-Versorgungsdauer das Weaning- oder Dekanülierungspotenzial der Versicherten aufgrund der oftmals chronisch-progredienten oder irreversiblen Erkrankungen abnimmt, stärker Rechnung getragen werden, als bereits bei der Einführung der Ausnahmeregelung nach § 5b AKI-RL geschehen.

Aus diesem Grund werden mit dem neuen § 5a der AKI-RL (vgl. 2.5) und den Anpassungen des § 5 der AKI-RL (vgl. 2.4) differenzierte Regelungen für die verpflichtende Potenzialerhebung der Versicherten, je nach Versorgungsbeginn, getroffen. § 5a (neu) der AKI-RL regelt den Anspruch auf eine Potenzialerhebung für Versicherte, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bezogen haben. Für diesen Personenkreis entfällt die Verpflichtung, vor jeder Verordnung zwingend eine Potenzialerhebung vornehmen zu müssen. Der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf eine Potenzialerhebung wird jedoch nicht gemindert. Mit der Anpassung des § 5 Absatz 1 der AKI-RL wird die Anwendung der verpflichtenden Potenzialerhebung vor jeder Verordnung auf diejenigen Versicherten beschränkt, die ab dem 1. Juli 2025 neu in die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege aufgenommen werden. Die bisherige Soll-Regelung nach § 5a (alt) der AKI-RL und die Ausnahmeregelung des § 5b der AKI-RL werden in der Folge ersatzlos gestrichen.

Durch die nun beschlossenen Regelungen wird der Gesamtbedarf an Potenzialerhebungen nachhaltig verringert. Dies trägt dazu bei, bestehende Kapazitätsengpässe abzubauen und Ressourcen zielgerichtet dort einzusetzen, wo sie vorrangig benötigt werden – insbesondere bei neu in die Versorgung eintretenden Versicherten. Gleichwohl wird der G-BA die Versorgungslage weiterhin beobachten und die Auswirkungen der Richtlinie nach § 13 der AKI-RL evaluieren.

## **2.2 Änderung in § 2 – Ziele der außerklinischen Intensivpflege**

Mit dem neuen § 5a (vgl. 2.5) und den Anpassungen des § 5 (vgl. 2.4) werden differenzierte Regelungen für den Anspruch auf eine Potenzialerhebung der Versicherten je nach Eintritt in

die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege aufgenommen. Dadurch ergibt sich eine Folgeänderung in § 2 Absatz 3.

### **2.3 Änderung in § 4 – Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege**

Mit dem neuen § 5a (vgl. 2.5) und den Anpassungen des § 5 (vgl. 2.4) werden differenzierte Regelungen für den Anspruch auf eine Potenzialerhebung der Versicherten je nach Eintritt in die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege aufgenommen. Dadurch ergibt sich eine Folgeänderung in § 4 Absatz 3.

### **2.4 Änderung in § 5 – Potenzialerhebung bei Versicherten, die erstmals eine Verordnung der AKI nach dem 30. Juni 2025 erhalten**

#### **Absatz 1**

Mit der Anpassung des § 5 Absatz 1 wird die Anwendung der verpflichtenden Potenzialerhebung vor jeder Verordnung auf diejenigen Versicherten beschränkt, die erstmals nach dem 30. Juni 2025 eine Verordnung über Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten. Für diesen Personenkreis kommen damit ab 1. Juli 2025 vollständig die bereits in der Fassung der AKI-RL vom 18. März 2022 vorgesehenen Verpflichtungen zur Potenzialerhebung im Zusammenhang mit den Verordnungen der AKI zur Anwendung.

#### **Absatz 6**

Mit der Klarstellung soll dem Missverständnis vorgebeugt werden, dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt an die Entscheidung des Medizinischen Dienstes gebunden oder gar ein Weisungsrecht der Krankenkasse zur Einleitung von Behandlungsmaßnahmen gegen die eigene ärztliche Einschätzung gegeben sei. Die Formulierung wird damit an die entsprechende Regelung des § 5a Absatz 2 Satz 3 (neu) AKI-RL angepasst, da beide Regelungen denselben Sachverhalt abbilden.

### **2.5 Änderung § 5a (neu) – Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025**

#### **Zu Absatz 1**

In Absatz 1 wird geregelt, dass auch Versicherte, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bezogen haben, einen Anspruch auf eine Potenzialerhebung entsprechend § 5 haben. Dieser Anspruch besteht auch hinsichtlich der Möglichkeiten zur Therapieoptimierung, auch wenn im Hinblick auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft kein Potenzial mehr gegeben ist. In diesem Zusammenhang wird ausgeführt, dass die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt eine Erhebung nach § 5 veranlassen kann, etwa auf Wunsch der oder des Versicherten. Der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf eine Potenzialerhebung wird somit nicht gemindert.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 konkretisiert die Verpflichtung der Ordnerin oder des Ordners, bei Hinweisen auf ein mögliches Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial unverzüglich eine Potenzialerhebung zu veranlassen. Dies gilt sowohl für Hinweise, die der Ordnerin oder dem Ordner aus der eigenen Behandlung vorliegen, als auch für Hinweise, die ihr oder ihm von Seiten der Krankenkasse zugehen. Zu Letzteren wird – wie in den Fällen nach § 5 Absatz 6 vorgesehen – eine Informationspflicht der Krankenkasse gegenüber der ordnenden Vertragsärztin oder

dem verordnenden Vertragsarzt für den Fall geregelt, dass dem Medizinischen Dienst, der gemäß § 37c Absatz 2 Satz 7 und 8 SGB V auf Veranlassung der Krankenkasse mindestens jährlich eine persönliche Begutachtung der oder des Versicherten durchführt, ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt. Bei entsprechender Information durch die Krankenkasse ist die Verordnerin oder der Verordner verpflichtet, die nach ihrer oder seiner Bewertung erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Ziel ist es, mögliche Behandlungsperspektiven frühzeitig zu erkennen und umzusetzen.

### **Zu Absatz 3**

Vor dem Hintergrund, dass die vorhandenen Ressourcen für Potenzialerhebungen vorrangig für neu in die AKI-Versorgung eintretende Fälle eingesetzt werden sollten und ein Großteil der Versicherten, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI bezogen haben, Potenzialerhebungen nach § 5 erhalten haben, entfällt für diese Versicherten die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung. Es ist zudem davon auszugehen, dass mit zunehmender AKI-Versorgungsdauer das Weaning- oder Dekanülierungspotenzial der Versicherten aufgrund der oftmals chronisch-progredienten oder irreversiblen Erkrankungen abnimmt. Der Absatz 3 sieht daher vor, dass für diese Versicherten eine Verordnung der AKI auch ohne Potenzialerhebung zulässig ist. Wie zuvor ausgeführt, stellen die Regelungen in den Absätzen 1 und 2 sicher, dass die Aufhebung der Pflicht zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung den Anspruch der Versicherten auf Potenzialerhebung nicht schmälert und bei vorliegenden Hinweisen entsprechende Prozesse einzuleiten sind.

## **2.6 Änderung in § 7 – Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

### **Zu Absatz 2**

Mit dem neuen § 5a (vgl. 2.5) und den Anpassungen des § 5 (vgl. 2.4) werden differenzierte Regelungen für den Anspruch auf eine Potenzialerhebung der Versicherten je nach Eintritt in die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege aufgenommen. Dadurch ergibt sich eine Folgeänderung in § 7 Absatz 2. Nach § 5 können bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen auf der Grundlage einer Potenzialerhebung festgestellt wurde, dass keine Aussicht auf eine nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, Folgeverordnungen für längstens zwölf Monate ausgestellt werden. Die Gründe dafür müssen aus der Verordnung hervorgehen. Insoweit wird klargestellt, dass diese Regelung auch für die Fälle der Potenzialerhebung nach § 5a gilt.

### **Zu Absatz 3**

Mit der neu aufgenommenen Regelung wird klargestellt, dass in den Fällen des § 5a auch dann Folgeverordnungen für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten ausgestellt werden können, wenn keine aktuelle Potenzialerhebung vorliegt – vorausgesetzt, die betroffene Person erhält seit mindestens zwölf Monaten kontinuierlich Leistungen der außerklinischen Intensivpflege. Damit wird einerseits ermöglicht, je nach Bedarf auch für Versicherte ohne Potenzialerhebung abweichend von § 7 Absatz 2 Satz 1 längerfristige Verordnungen auszustellen und andererseits mit einem Leistungsbezug von mindestens einem Jahr sichergestellt, dass zu Beginn der AKI-Versorgung ein Verordnungsmanagement erfolgt, das regelmäßige Arzt-Patienten-Kontakte erfordert.

## 2.7 Regelung zum Inkrafttreten

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

## 2.8 Besonderheiten des Verfahrens

Die Stellungnahmefrist soll gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 3 VerfO nicht kürzer als vier Wochen sein. Trotz kontinuierlicher Beobachtung und engmaschigen Austauschs in den Gremien des G-BA zur Versorgungslage war erst einige Wochen vor dem Auslaufen der Übergangsregelung eine Datenlage vorhanden, die eine realistische Beurteilung der Versorgungssituation zuließ. Daraus ergab sich dringender Regelungsbedarf, um nahtlos zum 1. Juli 2025 die Versorgung sicherzustellen und 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 die gleichlautenden Formulierungen in § 5 Absatz 6 Satz 5 sowie § 5a Absatz 2 Satz 3 wie folgt geändert (siehe Unterstreichungen):

*„Diese oder dieser hat die nach ihrer oder seiner Bewertung notwendigen Maßnahmen einzuleiten.“*

Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel 6 abgebildet.

## 4. Bürokratiekostenermittlung

Mit vorliegendem Beschluss werden differenzierte Regelungen für die verpflichtende Potenzialerhebung der Versicherten je nach Eintrittsdatum in die AKI-Versorgung getroffen. Für Versicherte, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bezogen haben, entfällt demnach künftig die Verpflichtung vor jeder Verordnung zwingend eine Potenzialerhebung vornehmen zu müssen. Eine Potenzialerhebung gemäß § 5 ist von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt jedoch unverzüglich bei Hinweisen bzw. Anzeichen auf ein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial oder auf Wunsch der oder des Versicherten zu veranlassen. Eine entsprechende Begründung für eine Verordnung von Leistungen der AKI ohne Potenzialerhebung ist wie bisher auf dem Verordnungsformular anzugeben (§ 7). Es ist davon auszugehen, dass sich durch die neu formulierte Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a die Gesamtanzahl an Potenzialerhebungen verringert; damit reduziert sich auch der diesbezüglich entstehende bürokratische Aufwand. Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar ist, in welchem Umfang die Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung gemäß § 5a Anwendung finden wird, lässt sich die bürokratische Entlastung nicht quantifizieren.

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
03.06.2025	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der AKI-RL
13.06.2025	UA VL	Abschließende Würdigung der schriftlichen Stellungnahme aus dem Stellungnahmeverfahren
18.06.2025	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der AKI-RL

Berlin, den 18. Juni 2025

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 3. Juni 2025 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 § 132I 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 03.06.2025 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 03.06.2025 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von einer Woche und einem Tag 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
<b><i>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V</i></b>		
Bundesärztekammer (BÄK)	11.06.2025	Verzicht

<b>Stellungnahmeberechtigte</b>	<b>Eingang SN</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b><i>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V</i></b>		
Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI)	11.06.2025	Verzicht
<b><i>Organisationen der Leistungserbringer und Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene gemäß § 92 Absatz 7a SGB V</i></b>		
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)	06.06.2025	Verzicht
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad)	06.06.2025	
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	11.06.2025	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	11.06.2025	
Deutscher Kinderhospizverein e. V.	11.06.2025	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.	11.06.2025	Verzicht
Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	11.06.2025	Verzicht
Intensivpflegeverband Deutschland e. V. (IPV)	11.06.2025	
SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e. V.	11.06.2025	
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)	12.06.2025	Verfristet

## 6.5 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 03.06.2025



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung  
der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie:  
Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a

Vom X. XXXX 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am X. XXXX 2025 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 5. Dezember 2024 (BAnz AT 18.12.2024 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
  1. In § 2 Absatz 3 Satz 2 sowie in § 4 Absatz 3 Satz 1 und in § 7 Absatz 2 Satz 2 wird jeweils nach der Angabe „§ 5“ die Angabe „oder § 5a“ eingefügt.
  2. § 5 wird wie folgt geändert:
    - a) In der Überschrift wird nach der Angabe „Potenzialerhebung“ die Angabe „bei Versicherten, die erstmals eine Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach dem 30. Juni 2025 erhalten“ eingefügt.
    - b) In Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „Versicherten“ ein Komma sowie die Angabe „die erstmals nach dem 30. Juni 2025 eine Verordnung über Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten,“ eingefügt.
  3. Der § 5a wird durch folgenden § 5a ersetzt:

„§ 5a Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025

(1) Versicherte, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bezogen haben und seitdem Leistungen nach dieser Richtlinie erhalten, haben Anspruch auf eine Potenzialerhebung, wie sie in § 5 vorgesehen ist. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt kann eine solche Potenzialerhebung veranlassen.

(2) Bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial schließen lassen, hat die Verordnerin oder der Verordner unverzüglich darauf hinzuwirken, dass eine Potenzialerhebung entsprechend § 5 erfolgt. Wenn der Krankenkasse aufgrund der regelmäßigen Begutachtung des Medizinischen Dienstes ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt, hat sie die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt unverzüglich über die Notwendigkeit einer Potenzialerhebung zu informieren. Diese oder dieser hat die notwendigen Maßnahmen einzuleiten. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.

(3) Verordnungen gemäß § 6 sind bei Versicherten nach Absatz 1 abweichend von § 5 auch ohne Erhebung des Potenzials zulässig.“

4. § 5b wird gestrichen.

5. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) In den Fällen des § 5a können Folgeverordnungen auch dann für längstens bis zu 12 Monate ausgestellt werden, wenn keine Potenzialerhebung vorliegt und die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege bereits über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten erfolgte. Die Gründe dafür müssen aus der Verordnung hervorgehen. Die Pflichten nach § 5a Absatz 2 bleiben unberührt.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am / mit Wirkung vom 1. Juli 2025 in Kraft.

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

Berlin, den X. XXXX 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 6.6 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 03.06.2025



# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie:  
Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a

Vom X. XXXXX 2025

### Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Allgemeines .....	2
2.2	Änderung in § 2 – Ziele der außerklinischen Intensivpflege.....	3
2.3	Änderung in § 4 – Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege.....	4
2.4	Änderung in § 5 – Potenzialerhebung bei Versicherten, die erstmals eine Verordnung der AKI nach dem 30. Juni 2025 erhalten.....	4
2.5	Änderung § 5a (neu) – Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025 .....	4
2.6	Änderung in § 7 – Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege .....	5
2.7	Regelung zum Inkrafttreten .....	5
2.8	Besonderheiten des Verfahrens.....	6
3.	Würdigung der Stellungnahmen .....	6
4.	Bürokratiekostenermittlung .....	6
5.	Verfahrensablauf .....	6

## 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 Allgemeines

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 § 5 und § 5a der AKI-RL umgesetzt.

Mit Blick auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Regelung noch geringe und nur langsam steigende Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Potenzialerhebungen vornehmen konnten, sowie deren regional sehr unterschiedlichen 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 zunächst bis zum 31. Dezember 2024 Rechnung getragen, indem die unbedingte Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durch eine „Soll-Regelung“ ergänzt wurde. Mit Beschluss vom 5. Dezember 2024 hat der G-BA die Soll-Regelung bis zum 30. Juni 2025 verlängert und eine Ausnahmeregelung der verpflichtenden Potenzialerhebung in § 5b der AKI-RL aufgenommen. Diese galt 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).

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 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. Nach diesen Berichten ist von einer kontinuierlich – wenn auch zuletzt abflachend – steigenden Anzahl der potenzialerhebungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte sowie einem Anstieg der Versicherten im AKI-Leistungsbezug auszugehen, die eine Potenzialerhebung erhalten haben. Dennoch ist nach aktuellem Stand nicht davon auszugehen, dass die Streckung der zwingenden Verknüpfung der Potenzialerhebung mit jeder Verordnung durch die o.g. Soll-Regelung dazu führt, dass bei im AKI-Leistungsbezug befindlichen Versicherten bis zum 30. Juni 2025 eine Inanspruchnahme von Potenzialerhebungen in einem Umfang erreicht werden kann, der auch unter Berücksichtigung der noch bis zum 31. Oktober 2025 laufenden Ausnahmeregelung nach § 5b der AKI-RL eine friktionsfreie AKI-Versorgung ohne weitere Anpassungen der AKI-Richtlinie erwarten lässt.

Vor diesem Hintergrund sieht der G-BA weiterhin Handlungsbedarf, zur Sicherstellung der Versorgung Regelungen mit dem Ziel zu treffen, noch bestehende Bedarfsspitzen zur Potenzialerhebung nachhaltig abzubauen. Dabei soll den vorliegenden Erkenntnissen, wonach mit zunehmender AKI-Versorgungsdauer das Weaning- oder Dekanülierungspotenzial der Versicherten aufgrund der oftmals chronisch-progredienten oder irreversiblen Erkrankungen abnimmt, stärker Rechnung getragen werden, als bereits bei der Einführung der Ausnahmeregelung nach § 5b AKI-RL geschehen.

Aus diesem Grund werden mit dem neuen § 5a der AKI-RL (vgl. 2.5) und den Anpassungen des § 5 der AKI-RL (vgl. 2.4) differenzierte Regelungen für die verpflichtende Potenzialerhebung der Versicherten, je nach Versorgungsbeginn, getroffen. § 5a (neu) der AKI-RL regelt den Anspruch auf eine Potenzialerhebung für Versicherte, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bezogen haben. Für diesen Personenkreis entfällt die Verpflichtung, vor jeder Verordnung zwingend eine Potenzialerhebung vornehmen zu müssen. Der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf eine Potenzialerhebung wird jedoch nicht gemindert. Mit der Anpassung des § 5 Absatz 1 der AKI-RL wird die Anwendung der verpflichtenden Potenzialerhebung vor jeder Verordnung auf diejenigen Versicherten beschränkt, die ab dem 1. Juli 2025 neu in die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege aufgenommen werden. Die bisherige Soll-Regelung nach § 5a (alt) der AKI-RL und die Ausnahmeregelung des § 5b der AKI-RL werden in der Folge ersatzlos gestrichen.

Durch die nun beschlossenen Regelungen wird der Gesamtbedarf an Potenzialerhebungen nachhaltig verringert. Dies trägt dazu bei, bestehende Kapazitätsengpässe abzubauen und Ressourcen zielgerichtet dort einzusetzen, wo sie vorrangig benötigt werden – insbesondere bei neu in die Versorgung eintretenden Versicherten. Gleichwohl wird der G-BA die Versorgungslage weiterhin beobachten und die Auswirkungen der Richtlinie nach § 13 der AKI-RL evaluieren.

## **2.2 Änderung in § 2 – Ziele der außerklinischen Intensivpflege**

Mit dem neuen § 5a (vgl. 2.5) und den Anpassungen des § 5 (vgl. 2.4) werden differenzierte Regelungen für den Anspruch auf eine Potenzialerhebung der Versicherten je nach Eintritt in

die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege aufgenommen. Dadurch ergibt sich eine Folgeänderung in § 2 Absatz 3.

### **2.3 Änderung in § 4 – Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege**

Mit dem neuen § 5a (vgl. 2.5) und den Anpassungen des § 5 (vgl. 2.4) werden differenzierte Regelungen für den Anspruch auf eine Potenzialerhebung der Versicherten je nach Eintritt in die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege aufgenommen. Dadurch ergibt sich eine Folgeänderung in § 4 Absatz 3.

### **2.4 Änderung in § 5 – Potenzialerhebung bei Versicherten, die erstmals eine Verordnung der AKI nach dem 30. Juni 2025 erhalten**

#### **[GKV-SV:] Absatz 1**

Mit der Anpassung des § 5 Absatz 1 wird die Anwendung der verpflichtenden Potenzialerhebung vor jeder Verordnung auf diejenigen Versicherten beschränkt, die erstmals nach dem 30. Juni 2025 eine Verordnung über Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten. Für diesen Personenkreis kommen damit ab 1. Juli 2025 vollständig die bereits in der Fassung der AKI-RL vom 18. März 2022 vorgesehenen Verpflichtungen zur Potenzialerhebung im Zusammenhang mit den Verordnungen der AKI zur Anwendung.

### **2.5 Änderung § 5a (neu) – Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025**

#### **Zu Absatz 1**

In Absatz 1 wird geregelt, dass auch Versicherte, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bezogen haben, einen Anspruch auf eine Potenzialerhebung entsprechend § 5 haben. Dieser Anspruch besteht auch hinsichtlich der Möglichkeiten zur Therapieoptimierung, auch wenn im Hinblick auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft kein Potenzial mehr gegeben ist. In diesem Zusammenhang wird ausgeführt, dass die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt eine Erhebung nach § 5 veranlassen kann, etwa auf Wunsch der oder des Versicherten. Der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf eine Potenzialerhebung wird somit nicht gemindert.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 konkretisiert die Verpflichtung der Verordnerin oder des Verordners, bei Hinweisen auf ein mögliches Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial unverzüglich eine Potenzialerhebung zu veranlassen. Dies gilt sowohl für Hinweise, die der Verordnerin oder dem Verordner aus der eigenen Behandlung vorliegen, als auch für Hinweise, die ihr oder ihm von Seiten der Krankenkasse zugehen. Zu Letzteren wird – wie in den Fällen nach § 5 Absatz 6 vorgesehen – eine Informationspflicht der Krankenkasse gegenüber der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt für den Fall geregelt, dass dem Medizinischen Dienst, der gemäß § 37c Absatz 2 Satz 7 und 8 SGB V auf Veranlassung der Krankenkasse mindestens jährlich eine persönliche Begutachtung der oder des Versicherten durchführt, ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt. Bei entsprechender Information durch die Krankenkasse ist die Verordnerin oder der Verordner verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Ziel ist es, mögliche Behandlungsperspektiven frühzeitig zu erkennen und umzusetzen.

### **Zu Absatz 3**

Vor dem Hintergrund, dass die vorhandenen Ressourcen für Potenzialerhebungen vorrangig für neu in die AKI-Versorgung eintretende Fälle eingesetzt werden sollten und ein Großteil der Versicherten, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI bezogen haben, Potenzialerhebungen nach § 5 erhalten haben, entfällt für diese Versicherten die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung. Es ist zudem davon auszugehen, dass mit zunehmender AKI-Versorgungsdauer das Weaning- oder Dekanülierungspotenzial der Versicherten aufgrund der oftmals chronisch-progredienten oder irreversiblen Erkrankungen abnimmt. Der Absatz 3 sieht daher vor, dass für diese Versicherten eine Verordnung der AKI auch ohne Potenzialerhebung zulässig ist. Wie zuvor ausgeführt, stellen die Regelungen in den Absätzen 1 und 2 sicher, dass die Aufhebung der Pflicht zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung den Anspruch der Versicherten auf Potenzialerhebung nicht schmälert und bei vorliegenden Hinweisen entsprechende Prozesse einzuleiten sind.

## **2.6 Änderung in § 7 – Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

### **Zu Absatz 2**

Mit dem neuen § 5a (vgl. 2.5) und den Anpassungen des § 5 (vgl. 2.4) werden differenzierte Regelungen für den Anspruch auf eine Potenzialerhebung der Versicherten je nach Eintritt in die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege aufgenommen. Dadurch ergibt sich eine Folgeänderung in § 7 Absatz 2. Nach § 5 können bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, bei denen auf der Grundlage einer Potenzialerhebung festgestellt wurde, dass keine Aussicht auf eine nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, Folgeverordnungen für längstens zwölf Monate ausgestellt werden. Die Gründe dafür müssen aus der Verordnung hervorgehen. Insoweit wird klargestellt, dass diese Regelung auch für die Fälle der Potenzialerhebung nach § 5a gilt.

### **Zu Absatz 3**

Mit der neu aufgenommenen Regelung wird klargestellt, dass in den Fällen des § 5a auch dann Folgeverordnungen für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten ausgestellt werden können, wenn keine aktuelle Potenzialerhebung vorliegt – vorausgesetzt, die betroffene Person erhält seit mindestens zwölf Monaten kontinuierlich Leistungen der außerklinischen Intensivpflege. Damit wird einerseits ermöglicht, je nach Bedarf auch für Versicherte ohne Potenzialerhebung abweichend von § 7 Absatz 2 Satz 1 längerfristige Verordnungen auszustellen und andererseits mit einem Leistungsbezug von mindestens einem Jahr sichergestellt, dass zu Beginn der AKI-Versorgung ein Verordnungsmanagement erfolgt, das regelmäßige Arzt-Patienten-Kontakte erfordert.

## **2.7 Regelung zum Inkrafttreten**

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

## 2.8 Besonderheiten des Verfahrens

Die Stellungnahmefrist soll gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 3 VerfO nicht kürzer als vier Wochen sein. Trotz kontinuierlicher Beobachtung und engmaschigen Austauschs in den Gremien des G-BA zur Versorgungslage war erst einige Wochen vor dem Auslaufen der Übergangsregelung eine Datenlage vorhanden, die eine realistische Beurteilung der Versorgungssituation zuließ. Daraus ergab sich dringender Regelungsbedarf, um nahtlos zum 1. Juli 2025 die Versorgung sicherzustellen und Bedarfsspitzen zu vermeiden. Die Frist des Stellungnahmeverfahrens wurde vor diesem Hintergrund auf eine Woche begrenzt.

## 3. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel 6 abgebildet.

## 4. Bürokratiekostenermittlung

[...]

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
03.06.2025	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der AKI-RL
XX.XX.2025	UA VL	Abschließende Würdigung der schriftlichen Stellungnahme aus dem Stellungnahmeverfahren
XX.XX.2025	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der AKI-RL
XX.XX.2025		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
XX.XX.2025		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.07.2025		Inkrafttreten

Berlin, den X. XXXXX 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>regelmäßigen Berichten der KBV eine kontinuierliche aber zuletzt abflachend steigende Anzahl entsprechender Ärztinnen und Ärzte zu entnehmen sei. Die prekäre Versorgungssituation zeichnete sich also bereits zum damaligen Zeitpunkt deutlich ab. Vor diesem Hintergrund hatte sich der bvkm auch bereits in seiner Stellungnahme vom 6.11.2024 für eine Verlängerung der im damaligen § 5a AKI-RL vorgesehenen Übergangsregelung auf den 31. Oktober 2025 ausgesprochen. Hierdurch hätte der G-BA ausreichend Zeit gehabt, die Versorgungssituation und eine daraufhin ggf. erforderliche Nachsteuerung in der AKI-RL noch einmal einer näheren Prüfung zu unterziehen und den stellungnahmeberechtigten Organisationen hierzu eine angemessene Stellungsfrist einzuräumen.</p> <p>Das nunmehr durchgeführte „Hau-Ruck“-Verfahren wäre also durchaus vermeidbar gewesen.</p>	<p>einen dringenden Handlungsbedarf hin, auf den der G-BA entsprechend kurzfristig reagieren musste.</p>	
		<p><b>2.) Widerspruch zur gesetzlichen Grundlage des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V</b></p> <p>Die neue in § 5a AKI-RL vorgesehene Ausnahmeregelung sieht vor, dass für AKI-Patient:innen, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI bezogen haben, die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung entfällt. Der bvkm begrüßt die Regelung dem Grunde nach, weist aber darauf hin, dass sie im Widerspruch zu § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V steht, wonach „bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken sind.“ Gesetzlich ist die Potenzialerhebung demnach für <b>alle</b> Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, verpflichtend.</p> <p><b>Der bvkm bittet den G-BA deshalb nachdrücklich darum, beim Gesetzgeber auf eine Anpassung des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V an die vom G-BA avisierte Ausnahmeregelung hinzuwirken.</b></p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Die Regelungen in § 5 in Verbindung mit § 5a gewährleisten einerseits den vom Gesetzgeber bezweckten Patientenschutz und dienen andererseits der ebenso vom Gesetzgeber zu Grunde gelegten Versorgungssicherheit. Mit der neuen Systematik in § 5 und § 5a regelt der G-BA notwendige Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung der Versorgung in der Umstellungsphase bei Einführung der AKI-Richtlinie, die von Versorgungsengpässen gekennzeichnet war.</p>	<p>Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
2.	FORUM GEHIRN	<p><b>1. Aufhebung der Pflicht zur Potentialerhebung für Versicherte die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI erhalten, zur Fortführung der Versorgung, ist gesetzeswidrig.</b></p> <p>Im § 37c SGB V ist eine vorherige Potentialerhebung zwingende Voraussetzung für die Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege. Das Gesetz erlaubt keine Ausnahmen in Bezug auf einen zu einem bestimmten Datum gegebenen, vorherigen Leistungsbezug.</p> <p><b>2. Die mit der Richtlinienänderung in Bezug auf die Versorgungen vor dem 1. Juli 2025 getroffene Ausgestaltung der Potentialerhebung als ausschließlicher Anspruch der Versicherten findet unsere Zustimmung. Wir sehen jedoch das Erfordernis einer zeitlichen Begrenzung auf lediglich die Versorgungen, die vor dem 1. Juli aufgenommen wurden nicht.</b></p> <p>Die Änderung der Richtlinie führt im Ergebnis dazu, dass für Versorgungen, die vor dem 1. Juli 2025 aufgenommen wurden, die Potentialerhebung als ein Leistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenversicherung ausgestaltet ist. Diese Ausgestaltung begrüßen wir, weil sie das Recht der Betroffenen auf Selbstbestimmung im Behandlungsprozess stärkt und dem Betroffenen gleichzeitig sämtliche Chancen für eine gewünschte Veränderung einer Versorgung ohne Beatmung ermöglicht. Im Zusammenspiel mit den Regelungen des § 5a Absatz 2 ist jedoch nicht erkennbar, warum diese Regelung nicht auch für Neuverordnungen gilt.</p>	<p>Kenntnisnahme Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 1</p> <p>Kenntnisnahme der Zustimmung</p> <p>Für den ab 1. Juli 2025 neu hinzukommenden Versichertenkreis soll es bei der allgemeinen Regelung verbleiben, um den gesetzgeberischen Willen der verpflichtenden Potenzialerhebung umzusetzen, denn bei neu in die Versorgung eintretenden Versicherten bestehen die höchsten Chancen für ein Weaning- oder Dekanülierungspotenzial. Der G-BA besitzt nicht die Kompetenz, für alle Personenkreise auf Dauer die vom Gesetzgeber vorgesehene Potenzialerhebungspflicht aufzulösen.</p>	Keine Änderung
		<p><b>3. Mangelhafte Verfahrensführung</b></p> <p>Wir erneuern bezüglich der verkürzten Stellungnahmefrist unsere bereits in dem vorangegangenen Stellungnahmeverfahren geäußerte Kritik. Wir stellen fest, dass sich</p>	<p>Kenntnisnahme Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 1</p>	Keine Änderung





Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>geltenden Gesetzestext ist somit die Potenzialerhebung demnach für <b>alle</b> Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, verpflichtend.</p> <p><b>Der DKHV e.V. bittet den G-BA deshalb nachdrücklich darum, auf den Gesetzgeber hinsichtlich einer Anpassung des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V an die vom G-BA avisierte Ausnahmeregelung einzuwirken.</b></p>		

### Zu § 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
5.	bad (e.V.)	<p><b>Absatz 1 Satz 1:</b> <i>Vor jeder Verordnung <b>sollen</b> bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, die erstmals nach dem 30. Juni 2025 eine Verordnung über Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten, das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) beziehungsweise zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) und die Möglichkeiten der Therapieoptimierung sowie die jeweils zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen individuell erhoben und dokumentiert <b>werden</b>. (dieser Prozess wird im Folgenden als Erhebung bezeichnet). [...]</i></p> <p>Die Neuregelung nach § 5 wird im Kern begrüßt. Allerdings wird es für geeignet und erforderlich erachtet, die Vorgabe der Potenzialerhebung auch für den zeitlich abzugrenzenden Versichertenkreis 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).</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 2</p>	Keine Änderung
6.	bad (e.V.)	<p><b>Absatz 4:</b> <i>Die Erhebung <b>soll</b> mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden.</i></p>	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 2	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
7.	bad (e.V.)	<p><b>Absatz 5:</b> Wird bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, <b>soll</b> die Erhebung abweichend von Absatz 4 Satz 1 mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden.</p>	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 2	Keine Änderung
8.	IPV	<p><b>§5 Potenzialerhebung</b></p> <p>Die Regelung aus §5a 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 wiederum führt dazu, dass personelle Ressourcen gezielter eingesetzt werden.</p> <p>Zudem ist die „muss“ Regel in eine „Soll“ Regel umzuändern. Hierfür lassen sich folgende Gründe anführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auch bisher ist es nicht flächendeckend möglich, in Deutschland einen potenzialerhebenden Facharzt zu finden</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p>Siehe Würdigung unter lfd. Nummern 2</p> <p>Die neue Ausnahmeregelung in § 5a soll dazu beitragen, bestehende Kapazitätsengpässe abzubauen, so dass die Ressourcen zielgerichtet dort eingesetzt werden können, wo sie vorrangig benötigt werden – insbesondere bei neu in die Versorgung eintretenden Versicherten.</p>	Keine Änderung

Zu § 5a

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
9.	bad (e.V.)	<p><b>Absatz 2: Satz 2:</b> <sup>2</sup>Wenn der Krankenkasse aufgrund der regelmäßigen Begutachtung des Medizinischen Dienstes ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt, hat sie die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt unverzüglich über die <b>Notwendigkeit Hinweise im Zuge</b> einer Potenzialerhebung zu informieren. <sup>3</sup>Diese oder dieser <del>hat</del> <b>soll</b> die notwendigen Maßnahmen <b>einzuweisen</b>. [...]</p> <p>Die Neuregelung in § 5a wird begrüßt. Um hier jedoch dem verordnenden Arzt einen ausreichenden Beurteilungsspielraum zu gewähren, wird es für geeignet und erforderlich erachtet, die Vorgabe zur Einleitung der Maßnahmen als Soll-Vorschrift auszugestalten.</p>	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 11	Siehe Änderung in lfd. Nummer 11
10.	bvkm	<p><b>§ 5a Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025</b></p> <p><b>Der bvkm hält weitere Unterstützungsmaßnahmen bei der Arztsuche für erforderlich.</b></p> <p>Der bvkm begrüßt die im neuen § 5a AKI-RL vorgesehene Ausnahmeregelung für Bestandsfälle. Insbesondere wird begrüßt, dass der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf eine Potenzialerhebung durch die Ausnahmeregelung nicht gemindert wird.</p> <p>Angesichts der fehlenden ärztlichen Kapazitäten für die Potenzialerhebung hat der bvkm jedoch große Sorge, dass es bei dieser Gruppe von Patient:innen nach wie vor zu Versorgungsengpässen durch nach § 5a Absatz 1 Satz 2 AKI-RL von verordnenden Vertragsärzt:innen veranlasste oder aufgrund von Begutachtungen des Medizinischen Dienstes nach § 5a Absatz 2 AKI-RL eingeleiteten Potenzialerhebungen kommen kann.</p> <p>Zwar ist es auch nach der Wahrnehmung des bvkm zutreffend, dass ein Großteil der Versicherten, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI bezogen haben, inzwischen Potenzialerhebungen nach § 5 AKI-RL erhalten haben. Für viele AKI-Patient:innen,</p>	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>die zu dieser Gruppe zählen, trifft dies aber nach wie vor nicht zu. Es ist daher anzunehmen, dass der Medizinische Dienst anlässlich seiner jährlichen Begutachtungen insbesondere bei diesen Betroffenen auf das Erfordernis einer Potenzialerhebung zumindest zur Überprüfung einer möglichen Therapieoptimierung hinweisen wird.</p> <p><b>Hier ist es erforderlich, dass die Betroffenen weitere Unterstützung bei der Arzt-suche erhalten. Die für die Arzt-suche grundsätzlich vorgesehenen Terminservice-stellen der KBV sind beim Thema AKI nach unserer Erfahrung leider regelmäßig überfordert und verweisen häufig lediglich auf die Arzt-suche unter „gesund.bund.de“. Die dortige Suchfunktion hilft den Betroffenen nach unseren Er-fahrungen nur vereinzelt weiter.</b></p> <p>Zu berücksichtigen ist außerdem, dass nach § 12 Absatz 1 AKI-RL die verordnenden Ärzt:innen die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung und der rechtzeitigen Einleitung der Erhebung tragen. Wenn Ärzt:innen wegen der in manchen Regionen immer noch unzureichenden Versorgungsstrukturen dieser Verantwortung nicht nachkommen können, muss die Versorgungskontinuität den- noch gewährleistet werden.</p> <p>Terminservicestellen sollten daher in die Lage versetzt werden, unter Berücksichti- gung von § 5 Absatz 3 AKI-RL wirksam bei der Suche nach potenzialerhebenden Ärzt:innen mit verfügbaren Kapazitäten mitzuwirken. Bei Bedarf sind die Vorlage- fristen für veranlasste Erhebungen von den Krankenkassen entsprechend der ver- fügbaren fachärztlichen Kapazitäten und unabhängig vom Ordnungszeitpunkt anzupassen.</p>	<p>Der G-BA besitzt keine Regelungs- kompetenz im Hinblick auf Ter- minservicestellen und das Portal zur Arzt-suche.</p> <p>Kenntnisnahme</p> <p>Kenntnisnahme, unklarer inhaltli- cher Bezug</p>	
11.	<b>FORUM GEHIRN</b>	<p><b>Änderung bzw. Klarstellung § 5a Absatz 2 Satz 3.</b></p> <p>Die Formulierung „Diese oder dieser hat die notwendigen Maßnahmen einzuleiten“ ist missverständlich. Die Formulierungen des § 5a Absatz 2 könnten dort hingehend missverstanden werden, dass durch die Prüfung des MD und den daraus gewonnen Erkenntnissen ein Weisungsrecht der Krankenkassen an den verordnenden Arzt er- wächst. Dies würde im Ergebnis dazu führen, dass der MD mittelbar eine Indikati- onsstellung vornimmt. Der SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V. hat zum ärzt- lichen Strafbarkeitsrisiko beim Weaning von Langzeitbeatmeten ein Rechtsgutach-</p>	<p>In § 5a Absatz 2 Satz 3 und in § 5 Absatz 6 Satz 5 wird jeweils fol- gende Änderung vorgenommen:  <i>„Diese oder dieser hat die <u>nach ih- rer oder seiner Bewertung not- wendigen Maßnahmen einzulei- ten.</u>“</i></p>	<p>Änderung in § 5a Absatz 2 Satz 3 und in § 5 Absatz 6 Satz 5 wie nebenste- hend</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>ten am Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht, von Prof. Rosenau erstellen lassen. Teile des Gutachtens sind unter dem folgenden Link veröffentlicht: <a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s00350-024-6904-7">https://link.springer.com/article/10.1007/s00350-024-6904-7</a></p> <p>Eine wesentliche Erkenntnis aus dem Gutachten ist, dass insbesondere im Rahmen einer fehlerhaften Indikation strafrechtlich relevantes Verhalten gegeben sein kann. Vor diesem Hintergrund muss die Regelung des § 5a Absatz 2 eindeutig klarstellen, dass der verordnende Arzt nicht an die Entscheidung des MD gebunden ist oder gar ein Weisungsrecht der Krankenkasse zur Einleitung irgendwelcher Behandlungsmaßnahmen gegen die eigene ärztliche Einschätzung gegeben ist. Andernfalls stünde zu befürchten, dass das Strafbarkeitsrisiko auf den MD bzw. die fordernde Krankenkasse übertragen wird.</p>	<p>Die Formulierung der Regelung in § 5a Absatz 2 Satz 2 und 3 entspricht der bereits in der Richtlinie enthaltenen Formulierung in § 5 Absatz 6 Satz 4 und 5, da sie denselben Sachverhalt abbilden soll. Die Verordnerin oder der Verordner soll verpflichtet werden, die nach ihrer oder seiner Bewertung erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Die Ergänzung „nach ihrer oder seiner Bewertung“ soll verhindern, dass Missverständnisse entstehen. Die Änderung wird in beiden Regelungen vorgenommen.</p>	
12.	IPV	<p>Wir begrüßen diese Regelung ausdrücklich! Somit ist sichergestellt, dass diejenigen Betroffenen, bei denen ein wirkliches Potenzial erkennbar ist, einer Untersuchung zugeführt die dieses bestätigen an und mit Fakten untermauern.</p>	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
13.	DKHV	<p><b>§ 5a Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025</b></p> <p><b>Fehlende ärztliche Kapazitäten sowie mgl. Versorgungsengpässe bleiben bestehen und bedürfen Verbesserungen.</b></p> <p>Der DKHV e.V. unterstützt die im neuen § 5a AKI-RL vorgesehene Ausnahmeregelung für Bestandsfälle. <b>Ausdrücklich begrüßen wir, dass der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf eine Potenzialerhebung durch die Ausnahmeregelung nicht gemindert wird.</b> Dies ist für die jungen Menschen mit AKI-Bedarf von herausragender Bedeutung und gibt den Versicherten Sicherheit. Gleichzeitig ist nach wie vor zu konstatieren, <b>dass es aufgrund fehlender ärztlicher Kapazitäten für die</b></p>	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p><b>Potenzialerhebung bei dieser Gruppe von Patient*innen nach wie vor zu Versorgungsengpässen</b> durch nach § 5a Absatz 1 Satz 2 AKI-RL von verordnenden Vertragsärzt*innen veranlasste oder aufgrund von Begutachtungen des Medizinischen Dienstes nach § 5a Absatz 2 AKI-RL eingeleiteten Potenzialerhebungen kommen kann.</p> <p>Wir können momentan nicht abschließend einschätzen, ob die Mehrzahl der Versicherten, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI bezogen haben, inzwischen Potenzialerhebungen nach § 5 AKI-RL erhalten haben. Auch wenn der Krankheitsverlauf der überwiegenden Anzahl der jungen Menschen mit AKI-Anspruch, für die wir uns als DKHV e.V. einsetzen, in der Regel progredient verläuft und keine erneuten Potenzialerhebungen angezeigt sind, so bleibt der Mangel an ausreichend ärztlichen Kapazitäten ein Problem. <b>Die Suche nach entsprechenden Ärzt*innen über die dafür vorgesehenen Wege</b> (Terminservicestellen der KBV) gestaltet sich häufig schwierig bis unbefriedigend und belastet die Versicherten sowie ihre Familien zusätzlich und <b>bedarf einer dringenden Verbesserung, damit die Terminservicestellen die Versicherten wirkungsvoll bei der Suche nach potenzialerhebenden Ärzt*innen mit verfügbaren Kapazitäten mitzuwirken.</b></p> <p>Wenn Ärzt*innen wegen der in manchen Gebieten immer noch unzureichenden Versorgungsstrukturen der Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung und der Einleitung der Erhebung nach § 12 Absatz 1 AKI-RL nicht nachkommen können, <b>muss die Versorgungskontinuität dennoch gewährleistet werden</b> und darf nicht auf dem Rücken der Patient*innen ausgetragen werden. Bei Bedarf sind die Vorlagefristen für veranlasste Erhebungen von den Krankenkassen entsprechend der verfügbaren fachärztlichen Kapazitäten und unabhängig vom Verordnungszeitpunkt anzupassen.</p>	<p>Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 10</p> <p>Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 10</p>	



## 6.8 Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen



### Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V.	
06.06.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>§ 5 Potenzialerhebung bei Versicherten, die erstmals eine Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach dem 30. Juni 2025 erhalten</b></p> <p><b>Absatz 1:</b> Vor jeder Verordnung <b>sollen</b> bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten, die erstmals nach dem 30. Juni 2025 eine Verordnung über Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten, das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) beziehungsweise zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) und die Möglichkeiten der Therapieoptimierung sowie die jeweils zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen individuell erhoben und dokumentiert <b>werden</b>. (dieser Prozess wird im Folgenden als Erhebung bezeichnet).</p>	<p>Die Neuregelung nach § 5 wird im Kern begrüßt. Allerdings wird es für geeignet und erforderlich erachtet, die Vorgabe der Potenzialerhebung auch für den zeitlich abzugrenzenden Versichertenkreis 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).</p>

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V.	
06.06.2025	
<p><b>Absatz 4:</b> Die Erhebung <b>soll</b> mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden.</p> <p><b>Absatz 5:</b> Wird bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, <b>soll</b> die Erhebung abweichend von Absatz 4 Satz 1 mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden.</p>	
<p><b>§ 5a Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025</b></p> <p><b>Absatz 2:</b> Wenn der Krankenkasse aufgrund der regelmäßigen Begutachtung des Medizinischen Dienstes ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung</p>	<p>Die Neuregelung in § 5a wird begrüßt. Um hier jedoch dem verordnenden Arzt einen ausreichenden Beurteilungsspielraum zu gewähren, wird es für geeignet und erforderlich erachtet, die Vorgabe zur Einleitung der Maßnahmen als Soll-Vorschrift auszugestalten.</p>

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V.	
06.06.2025	
vorliegt, hat sie die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt unverzüglich über die <b>Hinweise im Zuge</b> einer Potenzialerhebung zu informieren. Diese oder dieser <b>soll</b> die notwendigen Maßnahmen <b>einleiten</b> .	

**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL):  
Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a**

<b>Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)</b>	
11. Juni 2025	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Vorbemerkung / Grundsätzliche Hinweise</b>	<p>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 § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V vor jeder Verordnung erforderliche Potenzialerhebung durchzuführen. Grundsätzlich begrüßt der bvkm deshalb, dass der G-BA den weiterhin bestehenden Versorgungsengpass durch eine Änderung des § 5 AKI-RL sowie die Schaffung einer neuen Ausnahmeregelung in § 5a AKI-RL beheben möchte.</p> <p><b>Auch im Sinne der Ressourcenschonung und des Abbaus von Bürokratie hält der bvkm die Änderung der Richtlinie für sinnvoll.</b></p> <p>Folgende Punkte sind jedoch nach Auffassung des bvkm nachdrücklich zu kritisieren:</p> <p><b>1.) Kurze Stellungnahmefrist</b></p> <p>Der bvkm kritisiert die kurze Stellungnahmefrist. Innerhalb von lediglich einer Woche ist eine valide Beurteilung des zu prüfenden Beschlussentwurfs nicht oder nur unzureichend möglich, insbesondere, da innerhalb von Selbsthilfeorganisationen wie dem bvkm Gremienabstimmungen mit ehrenamtlich tätigen Vorständen erfolgen müssen. Eine wirkliche Interessenvertretung ist bei dieser Sachlage kaum möglich.</p> <p>Angesichts der Tatsache, dass der G-BA die Entwicklung der Versorgungssituation im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege kontinuierlich beobachtet und sich in seinen Gremien engmaschig hierzu austauscht (vgl. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf, unter 2.1, Absatz 3), verwundert es zudem, dass „erst einige Wochen vor dem Auslaufen der Übergangsregelung eine Datenlage vorhanden war, die eine realistische Beurteilung der Versorgungssituation zuließ“ (so das Anschreiben des G-BA zum Stellungnahmeverfahren vom 3. Juni 2025).</p>

<b>Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)</b>	
11. Juni 2025	
	<p>Bereits bei der vorangegangenen Änderung der AKI-RL (Beschluss des G-BA vom 5.12.2024) ergab sich aus den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf, dass den regelmäßigen Berichten der KBV eine kontinuierliche aber zuletzt abflachend steigende Anzahl entsprechender Ärztinnen und Ärzte zu entnehmen sei. Die prekäre Versorgungssituation zeichnete sich also bereits zum damaligen Zeitpunkt deutlich ab. Vor diesem Hintergrund hatte sich der bvkm auch bereits in seiner Stellungnahme vom 6.11.2024 für eine Verlängerung der im damaligen § 5a AKI-RL vorgesehenen Übergangsregelung auf den 31. Oktober 2025 ausgesprochen. Hierdurch hätte der G-BA ausreichend Zeit gehabt, die Versorgungssituation und eine daraufhin ggf. erforderliche Nachsteuerung in der AKI-RL noch einmal einer näheren Prüfung zu unterziehen und den stellungnahmeberechtigten Organisationen hierzu eine angemessene Stellungnahmefrist einzuräumen.</p> <p>Das nunmehr durchgeführte „Hau-Ruck“-Verfahren wäre also durchaus vermeidbar gewesen.</p> <p><b>2.) Widerspruch zur gesetzlichen Grundlage des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V</b></p> <p>Die neue in § 5a AKI-RL vorgesehene Ausnahmeregelung sieht vor, dass für AKI-Patient:innen, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI bezogen haben, die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung entfällt. Der bvkm begrüßt die Regelung dem Grunde nach, weist aber darauf hin, dass sie im Widerspruch zu § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V steht, wonach „bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken sind.“ Gesetzlich ist die Potenzialerhebung demnach für <b>alle</b> Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, verpflichtend.</p> <p><b>Der bvkm bittet den G-BA deshalb nachdrücklich darum, beim Gesetzgeber auf eine Anpassung des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V an die vom G-BA avisierte Ausnahmeregelung hinzuwirken.</b></p>

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	
11. Juni 2025	
<p><b>§ 5a Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025</b></p> <p><b>Der bvkm hält weitere Unterstützungsmaßnahmen bei der Arztsuche für erforderlich.</b></p>	<p>Der bvkm begrüßt die im neuen § 5a AKI-RL vorgesehene Ausnahmeregelung für Bestandsfälle. Insbesondere wird begrüßt, dass der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf eine Potenzialerhebung durch die Ausnahmeregelung nicht gemindert wird.</p> <p>Angesichts der fehlenden ärztlichen Kapazitäten für die Potenzialerhebung hat der bvkm jedoch große Sorge, dass es bei dieser Gruppe von Patient:innen nach wie vor zu Versorgungsengpässen durch nach § 5a Absatz 1 Satz 2 AKI-RL von verordnenden Vertragsärzt:innen veranlasste oder aufgrund von Begutachtungen des Medizinischen Dienstes nach § 5a Absatz 2 AKI-RL eingeleiteten Potenzialerhebungen kommen kann.</p> <p>Zwar ist es auch nach der Wahrnehmung des bvkm zutreffend, dass ein Großteil der Versicherten, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI bezogen haben, inzwischen Potenzialerhebungen nach § 5 AKI-RL erhalten haben. Für viele AKI-Patient:innen, die zu dieser Gruppe zählen, trifft dies aber nach wie vor nicht zu. Es ist daher anzunehmen, dass der Medizinische Dienst anlässlich seiner jährlichen Begutachtungen insbesondere bei diesen Betroffenen auf das Erfordernis einer Potenzialerhebung zumindest zur Überprüfung einer möglichen Therapieoptimierung hinweisen wird.</p> <p><b>Hier ist es erforderlich, dass die Betroffenen weitere Unterstützung bei der Arztsuche erhalten. Die für die Arztsuche grundsätzlich vorgesehenen Terminservicestellen der KBV sind beim Thema AKI nach unserer Erfahrung leider regelmäßig überfordert und verweisen häufig lediglich auf die Arztsuche unter „gesund.bund.de“. Die dortige Suchfunktion hilft den Betroffenen nach unseren Erfahrungen nur vereinzelt weiter.</b></p> <p>Zu berücksichtigen ist außerdem, dass nach § 12 Absatz 1 AKI-RL die verordnenden Ärzt:innen die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung und der rechtzeitigen Einleitung der Erhebung tragen. Wenn Ärzt:innen wegen der in manchen Regionen immer noch unzureichenden Versorgungsstrukturen dieser Verantwortung nicht nachkommen können, muss die Versorgungskontinuität dennoch gewährleistet werden.</p> <p>Terminservicestellen sollten daher in die Lage versetzt werden, unter Berücksichtigung von § 5 Absatz 3 AKI-RL wirksam bei der Suche nach potenzialerhebenden Ärzt:innen mit verfügbaren</p>

<b>Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)</b>	
11. Juni 2025	
	Kapazitäten mitzuwirken. Bei Bedarf sind die Vorlagefristen für veranlasste Erhebungen von den Krankenkassen entsprechend der verfügbaren fachärztlichen Kapazitäten und unabhängig vom Verordnungszeitpunkt anzupassen.

**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL):  
Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a**

SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V.	
11.06.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1. <b>Aufhebung der Pflicht zur Potenzialerhebung für Versicherte die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI erhalten, zur Fortführung der Versorgung, ist gesetzeswidrig.</b>	<b>Im § 37c SGB V ist eine vorherige Potenzialerhebung zwingende Voraussetzung für die Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege. Das Gesetz erlaubt keine Ausnahmen in Bezug auf einen zu einem bestimmten Datum gegebenen, vorherigen Leistungsbezug.</b>
2. <b>Die mit der Richtlinienänderung in Bezug auf die Versorgungen vor dem 1. Juli 2025 getroffene Ausgestaltung der Potenzialerhebung als ausschließlicher Anspruch der Versicherten findet unsere Zustimmung. Wir sehen jedoch das Erfordernis einer zeitlichen Begrenzung auf lediglich die Versorgungen, die vor dem 1. Juli aufgenommen wurden nicht.</b>	<b>Die Änderung der Richtlinie führt im Ergebnis dazu, dass für Versorgungen, die vor dem 1. Juli 2025 aufgenommen wurden die Potenzialerhebung als ein Leistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenversicherung ausgestaltet ist. Diese Ausgestaltung begrüßen wir, weil sie das Recht der Betroffenen auf Selbstbestimmung im Behandlungsprozess stärkt und dem Betroffenen gleichzeitig sämtliche Chancen für eine gewünschte Veränderung einer Versorgung ohne Beatmung ermöglicht. Im Zusammenspiel mit den Regelungen des § 5a Absatz 2 ist jedoch nicht erkennbar, warum diese Regelung nicht auch für Neuverordnungen gilt.</b>
3. <b>Änderung bzw. Klarstellung § 5a Absatz 2 Satz 3.</b>	<b>Die Formulierung „Diese oder dieser hat die notwendigen Maßnahmen einzuleiten“ ist missverständlich. Die Formulierungen des § 5a Absatz 2 könnten dort hingehend missverstanden werden, dass durch die Prüfung des MD und den daraus gewonnen Erkenntnissen ein Weisungsrecht der Krankenkassen an den verordnenden Arzt erwächst. Dies würde im Ergebnis dazu führen, dass der MD mittelbar eine Indikationsstellung vornimmt. Der SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V. hat zum ärztlichen Strafbarkeitsrisiko</b>

SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V.	
11.06.2025	
	<p>beim Weaning von Langzeitbeatmeten ein Rechtsgutachten am Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht, von Prof. Rosenau erstellen lassen. Teile des Gutachtens sind unter dem folgenden Link veröffentlicht:  <a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s00350-024-6904-7">https://link.springer.com/article/10.1007/s00350-024-6904-7</a></p> <p>Eine wesentliche Erkenntnis aus dem Gutachten ist, dass insbesondere im Rahmen einer fehlerhaften Indikation strafrechtlich relevantes Verhalten gegeben sein kann. Vor diesem Hintergrund muss die Regelung des § 5a Absatz 2 eindeutig klarstellen, dass der verordnende Arzt nicht an die Entscheidung des MD gebunden ist oder gar ein Weisungsrecht der Krankenkasse zur Einleitung irgendwelcher Behandlungsmaßnahmen gegen die eigene ärztliche Einschätzung gegeben ist. Andernfalls stünde zu befürchten, dass das Strafbarkeitsrisiko auf den MD bzw. die fordernde Krankenkasse übertragen wird.</p>
4. Mangelhafte Verfahrensführung	<p>Wir erneuern bezüglich der verkürzten Stellungnahmefrist unsere bereits in dem vorangegangenen Stellungnahmeverfahren geäußerte Kritik. Wir stellen fest, dass sich die Verfahrensführung des G-BA leider nicht verbessert hat. Insbesondere die Einbringung von Verbesserungsvorschlägen bei den getroffenen Formulierungen sind unter dieser Fristenenge sehr erschwert.</p>

**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL):  
Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a**

bpa e.V., Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	
11.06.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>Grundsätzlich</b>	<p>Der bpa begrüßt prinzipiell eine Anpassung der Richtlinie mit der Zielsetzung die fehlende Sicherstellung der Versorgung aufgrund der bestehenden Versorgungslücken mangels ausreichender Anzahl von Fachärzten für die geforderte Diagnostik und Potentialanalysen zu beheben.</p> <p>Es ist müßig daran zu erinnern, dass der bpa seit Einführung der Richtlinie 2021 mit jeder Stellungnahme massiv darauf aufmerksam gemacht hat, dass die Erfüllung der Anforderungen nach den Richtlinien insbesondere zur Potenzialerhebung mangels ausreichender Humanressourcen entsprechend spezialisierter Fachärzte nicht gelingen könne.</p> <p>Mit einiger Erleichterung nehmen wir aktuell zur Kenntnis, dass nunmehr unsere regelmäßig angezeigten Bedenken mit der Neuregelung über eine reine Übergangsregelung hinaus zumindest teilweise Rechnung getragen wurde.</p> <p>Ob mit der Begrenzung der Potenzialerhebung auf Versicherte, die erstmals eine Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach dem 30. Juni 2025 erhalten bestehenden Engpässen ausreichend entgegengewirkt werden kann, sollte der G-BA weiterhin engmaschig prüfen.</p> <p>Unabhängig davon, sollte der G-BA sich vor dem Hintergrund der eindeutigen gesetzlichen Regelungen hierzu mit dem Gesetzgeber ins Benehmen setzen, da die gesetzliche Regelung nach § 37c SGB V die vom Richtliniengeber vorgenommene Einteilung der Versicherten gem. § 5a (neu) nicht kennt. Es ist zumindest verfassungsrechtlich fraglich, ob dem G-BA eine ausreichende Legitimation über die reine Richtlinienkompetenz gegeben ist, um grundrechtsrelevante Eingriffe zu rechtfertigen.</p> <p>Abschließend müssen wir, wie bereits zum Stellungnahmeverfahren aus Dezember 2024, mit Nachdruck die kurze Stellungnahmefrist bemängeln. Zu einem geordneten Anhörungsverfahren gehört es, den stellungnahmeberechtigten Organisationen zeitlich ausreichend Raum zur qualifizierten Bewertung und konstruktiven Mitarbeit einzuräumen.</p>

	Anderenfalls kann dem gesetzlichen Auftrag nicht im Notwendigen Maße Rechnung getragen werden.

**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL):  
Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a**

Intensivpflegeverband Deutschland e.V.	
11.06.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>§5 Potenzialerhebung</b>	<p>Die Regelung aus §5a 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 wiederum führt dazu, dass personelle Ressourcen gezielter eingesetzt werden.</p> <p>Zudem ist die „muss“ Regel in eine „Soll“ Regel umzuändern.</p> <p>Hierfür lassen sich folgende Gründe anführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auch bisher ist es nicht flächendeckend möglich, in Deutschland einen potentialerhebenden Facharzt zu finden</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>§5a</b>	Wir begrüßen diese Regelung ausdrücklich! Somit ist sichergestellt, dass diejenigen Betroffenen, bei denen ein wirkliches Potenzial erkennbar ist, einer Untersuchung zugeführt die dieses bestätigen an und mit Fakten untermauern.

**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL):  
Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a**

Deutscher Kinderhospizverein e.V. (DKHV e.V.)	
11.06.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>Grundsätzliche Anmerkungen</b>	<p><b>Grundsätzlich begrüßt der DKHV e.V., dass der G-BA den weiterhin bestehenden Versorgungsengpass durch eine Änderung des § 5 AKI-RL sowie die Schaffung einer neuen Ausnahmeregelung in § 5a AKI-RL beheben möchte.</b> Diese decken sich im Kern mit unseren Einschätzungen und den kürzlich publizierten politischen Forderungen zum Beginn der 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages. Konkret bedeuten die vorgeschlagenen Änderungen sowohl <b>eine Ressourcenschonung als auch den Abbau von Bürokratie und sind daher aus Sicht der betroffenen jungen Menschen mit AKI-Anspruch positiv zu bewerten.</b></p> <p>Die sehr kurz anberaumte Stellungnahmefrist erschwert eine ausführlichere Stellungnahme, die – insbesondere durch die Zusammenarbeit mit betroffenen Familien – deutlich mehr Zeit erfordern würde.</p> <p>Wir möchten daher insbesondere auf einen kritischen Punkt hinweisen, der aus unserer Sicht zwingenden Regelungsbedarf aufzeigt:</p> <p><b>Widerspruch zur gesetzlichen Grundlage des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V</b></p> <p>Die neue in § 5a AKI-RL vorgesehene Ausnahmeregelung, dass für AKI-Patient*innen, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI bezogen haben, die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung entfällt, begrüßen wir grundsätzlich. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass sie im Widerspruch zu § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V steht, wonach „bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren</p>

Deutscher Kinderhospizverein e.V. (DKHV e.V.)	
11.06.2025	
	<p>Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken sind.“ Laut dem geltenden Gesetzestext ist somit die Potenzialerhebung demnach für <b>alle</b> Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, verpflichtend.</p> <p><b>Der DKHV e.V. bittet den G-BA deshalb nachdrücklich darum, auf den Gesetzgeber hinsichtlich einer Anpassung des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V an die vom G-BA avisierte Ausnahmeregelung einzuwirken.</b></p>
<p><b>§ 5a Potenzialerhebung für Versicherte mit Beginn des Leistungsanspruchs vor dem 1. Juli 2025</b></p> <p><b>Fehlende ärztliche Kapazitäten sowie mgl. Versorgungsengpässe bleiben bestehen und bedürfen Verbesserungen.</b></p>	<p>Der DKHV e.V. unterstützt die im neuen § 5a AKI-RL vorgesehene Ausnahmeregelung für Bestandsfälle. <b>Ausdrücklich begrüßen wir, dass der individuelle Anspruch der betroffenen Versicherten auf eine Potenzialerhebung durch die Ausnahmeregelung nicht gemindert wird.</b> Dies ist für die jungen Menschen mit AKI-Bedarf von herausragender Bedeutung und gibt den Versicherten Sicherheit. Gleichzeitig ist nach wie vor zu konstatieren, <b>dass es aufgrund fehlender ärztlicher Kapazitäten für die Potenzialerhebung bei dieser Gruppe von Patient*innen nach wie vor zu Versorgungsengpässen</b> durch nach § 5a Absatz 1 Satz 2 AKI-RL von verordnenden Vertragsärzt*innen veranlasste oder aufgrund von Begutachtungen des Medizinischen Dienstes nach § 5a Absatz 2 AKI-RL eingeleiteten Potenzialerhebungen kommen kann.</p> <p>Wir können momentan nicht abschließend einschätzen, ob die Mehrzahl der Versicherten, die vor dem 1. Juli 2025 Leistungen der AKI bezogen haben, inzwischen Potenzialerhebungen nach § 5 AKI-RL erhalten haben. Auch wenn der Krankheitsverlauf der überwiegenden Anzahl der jungen Menschen mit AKI-Anspruch, für die wir uns als DKHV e.V. einsetzen, in der Regel progredient verläuft und keine erneuten Potenzialerhebungen angezeigt sind, so bleibt der Mangel an ausreichend ärztlichen Kapazitäten ein Problem. <b>Die Suche nach entsprechenden Ärzt*innen über die dafür vorgesehenen Wege</b> (Terminservicestellen der KBV) gestaltet sich häufig schwierig bis unbefriedigend und belastet die Versicherten sowie ihre Familien zusätzlich und <b>bedarf einer dringenden Verbesserung, damit die Terminservicestellen die Versicherten wirkungsvoll bei der Suche nach</b></p>

Deutscher Kinderhospizverein e.V. (DKHV e.V.)	
11.06.2025	
	<p><b>potenzialerhebenden Ärzt*innen mit verfügbaren Kapazitäten mitzuwirken.</b></p> <p>Wenn Ärzt*innen wegen der in manchen Gebieten immer noch unzureichenden Versorgungsstrukturen der Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung und der Einleitung der Erhebung nach § 12 Absatz 1 AKI-RL nicht nachkommen können, <b>muss die Versorgungskontinuität dennoch gewährleistet werden</b> und darf nicht auf dem Rücken der Patient*innen ausgetragen werden. Bei Bedarf sind die Vorlagefristen für veranlasste Erhebungen von den Krankenkassen entsprechend der verfügbaren fachärztlichen Kapazitäten und unabhängig vom Verordnungszeitpunkt anzupassen.</p>

## **Stellungnahme der**

### **Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)**

#### **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie: Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung in § 5a**

Als Dachverband von 119 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörige sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE die Vorschläge des Beschlussentwurfs im Grundsatz; diese waren notwendig geworden, weil das ursprüngliche Ziel der Außerklinischen Intensivpflege des Gesetzgebers strukturell nicht umsetzbar ist, da nicht hinreichend viele Ärzt\*innen vorhanden sind, die die Potenzialerhebung durchführen können. Die Patientenvertretung hatte genau dies schon im letzten Dezember befürchtet:

<https://patientenvertretung.g-ba.de/neuigkeiten/veranlasste-leistungen/neue-ausnahme--und-uebergangsregelung-in-der-aki-richtlinie---strukturelle-defizite-bleiben/?highlight=AKI>

Insgesamt ist es deswegen aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sinnvoll, dass sich die neuen Regelungen sich auf die „Neufälle“ konzentrieren, also Potenzialerhebungen verpflichtend für Versicherte, die ab 1.7. neu in die AKI-Versorgung kommen. Hier muss aus unserer Sicht seitens der Selbstverwaltung darauf hingewirkt werden, dass die Patient\*innen aus dem Krankenhaus nicht ohne eine entsprechende Potenzialerhebung entlassen werden, so dass sich die Hausärzte nicht innerhalb von einer Woche nach Entlassung darum kümmern müssen und es dann zu Wiedereinweisungen kommt.

Andererseits stellt die vorgesehene Lösung jedoch keine umfassende und dauerhafte Lösung dar, da auch die „Altfälle“ einen Anspruch auf Potentialerhebung haben. Hier müssen langfristige Lösungen gefunden werden.

Insgesamt hält die BAG SELBSTHILFE die vorgeschlagene Neuregelung jedoch für begrüßenswert.

Düsseldorf/ Berlin, den 11.6.2025

## 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 13. Juni 2025 eingeladen.

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

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 13. Juni 2025 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)	Frau Martina Wiedmann	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad)	Herr Michael Greiner	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Selbsthilfverband - Forum Gehirn e. V.	Herr Sebastian Lemme	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja

#### 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 Gesundheitswe-

sen, 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):



# Wortprotokoll

**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-  
Richtlinie (AKI-RL): Neue Ausnahmeregelung zur  
Potenzialerhebung in § 5a**

Vom 13. Juni 2025

<b>Vorsitz:</b>	Herr Dr. med. van Treeck
<b>Beginn:</b>	09:30 Uhr
<b>Ende:</b>	09:37 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

**Teilnehmer der Anhörung**

Bundesverband Ambulanter Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.):  
Herr Michael Greiner

Intensivpflegeverband Deutschland e. V. (IPV e. V.):  
Frau Martina Wiedmann

SelbstHilfeverband - FORUM GEHIRN e. V. (SHV e. V.):  
Herr Sebastian Lemme

Beginn der Anhörung: 09:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Herzlich Willkommen zum Unterausschuss Veranlasste Leistung der Anhörung zur Außerklinischen Intensivpflege: Neue Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung- Hören Sie mich? Da war gerade ein Geräusch. Alles gut? Ok. – Und da wird ein Wortprotokoll erstellt. Dieses Wortprotokoll wird veröffentlicht.

Ich werde zunächst die Teilnehmenden anfragen und darf Sie bitten dann zu bestätigen, dass Sie da sind. Sie haben dann im Nachgang die Möglichkeit, Ihre einzelnen Schwerpunkte Ihrer Stellungnahmen, die im Unterausschuss bekannt sind, noch einmal vorzutragen. Danach wird der Unterausschuss, wenn er denn Fragen hat, diese Fragen stellen. Ich würde vorschlagen, dass Sie erst alle vortragen und dass wir dann im Nachgang die Fragen an Sie stellen. Wenn Sie das Wort nachher bei der Anhörung haben möchten, darf ich Sie bitten, ein Kreuz in den Chat zu machen. Das ist für uns leichter von der Reihenfolge das zu moderieren.

Gut. Ich beginne jetzt mit der Abfrage der Teilnehmenden/Anzuhörenden. – Ich beginne mit dem Bundesverband Ambulanter Dienst und Stationäre Einrichtungen, bad e.V., Michael Greiner. – Sind Sie da?

**Herr Greiner (bad e. V.):** Guten Morgen. Ich bin da für den bad e.V.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Sehr schön. – Dann Intensivpflegeverband Deutschland e.V., Martina Wiedmann?

**Frau Wiedmann (IPV e. V.):** Ja, guten Morgen. Ich bin da.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Guten Morgen. – Und dann SelbstHilfeverband FORUM GEHIRN e.V., Sebastian Lemme. – Herr Lemme?

**Herr Lemme (SHV e. V.):** Guten Morgen. Ich bin anwesend.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Ok, sehr schön. – Gut, dann beginnen wir jetzt mit der Anhörung. – Möchten Sie beginnen Herr Greiner?

**Herr Greiner (bad e. V.):** Ja, vielen Dank. Wir hatten ja geringfügige Anpassungen vorgeschlagen bezüglich der §§ 5 und 5a und hatten uns dafür ausgesprochen, eine Sollvorschrift bezüglich des Verordnungszeitraumes, auch für die Versicherten, die nach dem 30. Juni erstmals Leistungen bekommen, zu erhalten, um da auch aus unserer Sicht eventuell sonst möglicherweise aufkommenden rechtlichen Problemstellungen zu begegnen, wenn Versicherte nach diesem Datum erstmals Verordnungen erhalten sollten und dann ja keine Potenzialerhebung durchführen lassen können. Das war ja auch der Grund warum es in der Vergangenheit Übergangsregelungen gab, weil man sich da Schwierigkeiten ausgesetzt sah, entsprechend qualifizierte Ärzte zu finden. Deswegen würden wir da eine Sollvorschrift für erforderlich und notwendig erachten.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Greiner. – Vielleicht jetzt noch- Das hatte ich gerade vergessen zu sagen: Die Kurzfristigkeit der Vorlage- Ich darf erstmal sehr dafür danken, dass Sie diese Frist auch genutzt haben. Wir hatten ja vorher eine sehr positive Entwicklung, dass wir immer mehr potenzialerhebende Menschen hatten und dann aber jetzt kurzfristig vor dieser Anhörung noch neue Daten bekommen. Ich danke Ihnen sehr, dass Sie es trotzdem möglich gemacht haben, hier das Verfahren zu halten, weil uns allen geht es hier darum, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und das war eben nur im Rahmen dieses schnellen Zeitplans möglich. Das hätte ich eigentlich eben schon bei der Anmoderation vor Ihrem Beitrag sagen sollen, aber wollte ich jetzt noch ergänzen. – Frau Wiedmann.

**Frau Wiedmann (IPV e. V.):** Ja, guten Morgen. Ja, der IPV e.V. stützt sich auch auf die Begründung, dass die „Muss“-Regel in eine „Soll“[-Regel] umgeändert werden sollte. Es hat

sich ja im Grundproblem, der Kapazität der Fachlichkeit der Ärzte, noch nichts geändert. Also es ist immer schwer einen Facharzt zu bekommen, und von dem her würde ich das auch begrüßen.

**Herr van Dr. Treeck (Vorsitzender):** Vielen Dank. – Dann gehen wir jetzt weiter mit der Anhörung. – Herr Lemme, bitte.

**Herr Lemme (SHV e. V.):** Ja, wir als SelbstHilfeverband FORUM GEHIRN e.V. vertreten die Auffassung: Wir kennen nicht das Bedürfnis, wonach sozusagen eine Befristung erfolgen sollte. Wir halten es für zweckmäßig, dass zukünftig tatsächlich die Potenzialerhebung auf sozusagen als Anspruch des Patienten grundsätzlich ausgestaltet ist. Somit trifft das auch mit den Vorrednern überein, dass als Sollvorschrift- Oder es kommt dem zumindest sehr nah. Uns ist es nochmal wichtig – das haben wir auch in der Stellungnahme deutlich gemacht – hervorzuheben, die Unabhängigkeit der ärztlichen Verordnung. Für uns ist es wichtig, dass die Arzt-Patienten-Beziehung nochmal ein gebührendes Gewicht bekommt bei der Beurteilung und bei der Einleitung von Behandlungsmaßnahmen, insbesondere von Potenzialerhebungen beziehungsweise den darauffolgenden Weanings. Wir haben das ja bereits in vorangegangenen Stellungnahmen formuliert. Wir bekräftigen das nochmal und verweisen auch auf eine besondere strafrechtliche Problematik, die sich für uns daraus ergeben hat, dass wir eben entsprechendes strafrechtliches Gutachten eines sehr versierten Strafrecht- und Medizinrechtslehrstuhls haben. Es muss also beachtet werden, dass hier gerade um strafrechtliche Einordnung bei fatalen Weaningprozessen einordnen zu können, klare Verantwortlichkeiten gegeben sind. Das ist unsere Empfehlung an alle Beteiligten eben entsprechend negative Folgen in schwierigen Situationen für diejenigen, die im Prozess beteiligt sind, zu vermeiden.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Ein wichtiger Punkt, Herr Lemme. Vielen Dank. – Gibt es jetzt Fragen aus dem Unterausschuss? – Das scheint ganz offensichtlich nicht der Fall zu sein. – Dann danke ich Ihnen recht herzlich, dass Sie diesen Termin möglich gemacht haben. Und wir werden uns jetzt mit Ihren Einlassungen inhaltlich beschäftigen. Vielen, vielen Dank. Ich wünsche Ihnen dann ein schönes Wochenende und ja, Danke.

Schluss der Anhörung: 09:37 Uhr