



Zusammenfassende Dokumentation /Abschlussbericht

Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen

**Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie
(AKI-RL):**

**Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden
Ärztinnen und Ärzte nach § 8 und an die verordnenden Ver-
tragsärztinnen und Vertragsärzte nach § 9 sowie Übergangs-
regelung zur Potenzialerhebung in § 5a (neu) der Richtlinie
und weitere Änderungen**

Stand: 20. Juli 2023

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.1: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss	1
A-1	Rechtsgrundlage	1
A-2	Eckpunkte der Entscheidung	1
A-2.1	Zu § 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung	1
A-2.2	Zur Änderung des § 8 (Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte) 2	
A-2.2.1	Zum neuen Absatz 2 in § 8.....	2
A-2.2.1.1	Zur Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte in Satz 1 im Einzelnen:	3
A-2.2.1.2	Zur Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte in Satz 2 im Einzelnen:	4
A-2.2.2	Zum neuen Absatz 3 in § 8.....	4
A-2.2.3	Zur formalen Folgeänderung in § 8 Absatz 5 (vormals Absatz 2) Satz 2.....	4
A-2.2.4	Zur Änderung in § 8 Absatz 6 (vormals Absatz 3).....	4
A-2.3	Zur Änderung von § 9 Absatz 1 (Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte).....	5
A-2.4	Antrag der Patientenvertretung zur Anpassung der HKP-RL	5
A-3	Würdigung der Stellungnahmen	5
A-4	Bürokratiekostenermittlung.....	5
A-5	Verfahrensablauf	7
A-6	Beschluss	8
A-7	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V	11
B	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA	12
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	12
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	12
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	12
B-4	Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen.....	12
B-5	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen.....	14
B-5.1	Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	14
B-5.1.1	Stellungnahmen zu § 8 der AKI-RL.....	14
B-5.1.1.1	Allgemeine bzw. übergreifende Stellungnahmen.....	14
B-5.1.1.2	Zu Absatz 2	18
B-5.1.1.3	Zu Absatz 2 Nummern 2, 3 und 4: [GKV-SV: stationären]	32
B-5.1.1.4	Zusätzlicher Satz 2	36
B-5.1.1.5	Zusätzlicher Absatz 3.....	37

B-5.1.2	Stellungnahmen außerhalb des Stellungnahmeverfahrens.....	40
B-6	Mündliche Stellungnahmen	42
B-6.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikte	42
B-6.2	Wortprotokoll der Anhörung vom 18. April 2023	44
B-6.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	59
C	Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen	60
D	Antrag der Patientenvertretung zur Anpassung der HKP-RL	97

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AKI	Außerklinische Intensivpflege
BAnz	Bundesanzeiger
BKE	Bürokratiekostenermittlung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
FB Med	Fachberatung Medizin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HKP	Häusliche Krankenpflege
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
NIV	Nicht-invasive Beatmung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PatV	Patientenvertretung
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
UPM	Unparteiisches Mitglied
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Tragende Gründe und Beschluss

A-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 Versorgungscoordination,
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).

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

A-2.1 Zu § 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung

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

Mit Blick auf die derzeit noch geringe und aktuell langsam steigende Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Potenzialerhebungen vornehmen können sowie deren regional sehr unterschiedliche Verteilung, sind nach dem Auslaufen der bisherigen gesetzlichen Übergangsregelungen zur Ermöglichung der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege auf Grundlage der Häuslichen Krankenpflege Richtlinie ab dem 31. Oktober 2023 Friktionen bei der flächendeckenden Umsetzung der Potenzialerhebung zu befürchten. Dies würde trotz der Regelung des § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V dem gesetzgeberischen Willen der Sicherstellung der erforderlichen Versorgung der Versicherten zuwiderlaufen.

Deshalb wird mit Blick auf den insbesondere in der Umstellungsphase der Ordnungsgrundlagen zu erwartenden hohen Bedarf an Potenzialerhebungen (Bedarfsspitze) befristet bis zum 31.12.2024 die bisherige Regelung in § 5 Absatz 1 Satz 1 der AKI-RL durch eine „Soll-Regelung“ in dem neuen § 5a der

AKI-RL ergänzt. Für diesen Zeitraum ist die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder Verordnung ausnahmsweise nicht zwingend durchzuführen, falls nicht gewährleistet werden kann, dass eine zur Potenzialerhebung qualifizierte Ärztin oder ein zur Potenzialerhebung qualifizierter Arzt vor der Verordnung rechtzeitig zur Verfügung steht.

Dies ist durch die Verordnerin oder den Verordner auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

Die befristete Soll-Regelung bedeutet also, dass eine Erhebung, soweit sie möglich ist, gemäß § 37c Absatz 1 Satz 6 SGB V i. V. m. § 5a der AKI-RL durchgeführt werden muss.

Für den Fall, dass eine Erhebung wegen der Nichtverfügbarkeit potenzialerhebender Ärztinnen und Ärzte im Einzelfall nicht durchgeführt werden kann, hat die Verordnerin oder der Verordner darauf hinzuwirken, dass die unterbliebene Potenzialerhebung in naher Zukunft, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember 2024, nachgeholt wird; insoweit bewirkt die befristete Soll-Regelung lediglich eine Streckung des Zeitrahmens der Inanspruchnahme, nicht jedoch eine Aussetzung des Anspruchs des Versicherten auf Potenzialerhebung. Sofern der Verordnerin oder dem Verordner Anhaltspunkte für ein hohes Entwöhnungspotenzial einzelner betroffener Versicherter vorliegen, ist für diese Versicherten in Bezug auf die zeitliche Dringlichkeit bevorzugt eine Überweisung zur Potenzialerhebung auszustellen. Die Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen dann bei der Suche nach einer potenzialerhebenden Ärztin oder einem potenzialerhebenden Arzt.

Hiervon unberührt bleiben die Regelungen in § 10 Absatz 3. Das heißt, dass im Rahmen des Entlassmanagements vor jeder Verordnung zwingend eine Potenzialerhebung nach § 5 durchzuführen ist.

A-2.2 Zur Änderung des § 8 (Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte)

A-2.2.1 Zum neuen Absatz 2 in § 8

Die Regelung in § 8 Absatz 1 Nummer 4, wonach Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit die Potenzialerhebung nach § 5 vornehmen können, wird präzisiert.

Ziel des G-BA ist es, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit einschlägiger Erfahrung eine Potenzialerhebung bei den Patientinnen und Patienten ihres Fachgebietes vornehmen können. Die Berechtigung dieser Facharztgruppe, die Potenzialerhebung durchzuführen, ist vor dem Hintergrund der spezifischen physiologischen und psychomotorischen Entwicklung der betroffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen von großer Bedeutung.

Hinweise von Fachgesellschaften haben Fragen zur praktischen Umsetzung in Bezug auf die genannten spezifischen Qualifikationen aufgeworfen. Vor diesem Hintergrund wird ein neuer Absatz 2 eingefügt und § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bereinigt.

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit einem Bedarf an AKI, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, liegen meist hochkomplexe Krankheitsbilder mit einer nicht regelhaften physiologischen und psychomotorischen Entwicklung vor.

Vor diesem Hintergrund sind die Anforderungen, die an die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bezüglich ihrer Erfahrungen und fachlichen Qualifikationen gestellt werden, anzupassen.

Der neue Absatz 2 soll zusammenführen, welche Fachärztinnen und Fachärzte für die Potenzialerhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen zusätzlich zu den Facharztgruppen gemäß Absatz 1, die die Potenzialerhebung bei jeder Altersgruppe durchführen können, qualifiziert sind. Es ist davon auszugehen, dass die Erhebung nach § 5 bei diesem Personenkreis vorzugsweise durch die Fachärztinnen und Fachärzte nach Absatz 2 erfolgt.

Der G-BA verzichtet bewusst darauf, eine Altersgrenze für junge Volljährige festzusetzen. Hintergrund ist die Erwartung, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin nicht zuletzt mit Blick auf die berufsrechtlichen Vorgaben die Überleitung von der pädiatrischen in die Erwachsenen-Versorgung frühzeitig einleiten und möglichst zeitnah abschließen werden, siehe auch § 12 Absatz 3 AKI-RL.

Für die Erhebung nach § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen sind - analog der bisherigen Regelungen der AKI-RL - auch Facharztgruppen qualifiziert, die im Rahmen ihrer Weiterbildung für mindestens 18 Monate Methoden- und Handlungskompetenzen und praktische Erfahrungen in der Behandlung und Entwöhnung von langzeitbeatmeten pädiatrischen Versicherten erworben und nachgewiesen haben. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie haben diese Kompetenz bereits vollumfänglich erfüllt. Die anderen aufgeführten Facharztgruppen müssen zusätzlich Erfahrungen im Rahmen ihrer einschlägigen Tätigkeit in einer für die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum, erwerben.

Die spezialisierten stationären Einheiten können beispielsweise Kinderintensivstationen sowie Einheiten der neuropädiatrischen Frührehabilitation oder Querschnittszentren sein, die beatmete und trachealkanülierte Kinder und Jugendliche mit geeigneten Fallzahlen behandeln und Maßnahmen nach OPS-Code 8-716 durchführen. Sozialpädiatrische Zentren sowie Hochschulambulanzen, soweit diese jeweils auf die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind, sind ebenso als Tätigkeitsort geeignet, in denen Ärztinnen und Ärzte Kompetenzen zur Potenzialerhebung bei Kindern und Jugendlichen erwerben können.

A-2.2.1.1 Zur Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte in Satz 1 im Einzelnen:

Zu Nummer 1: Bei der Fachärztin bzw. dem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie besteht ausweislich der Musterweiterbildungsordnung ausreichende Handlungskompetenz bei der Versorgung von beatmungspflichtigen oder trachealkanülierten Kindern und Jugendlichen - siehe Analogie zu Absatz 1 Nummer 2.

Zu Nummer 2: Anästhesistinnen und Anästhesisten haben laut Musterweiterbildungsordnung 12 Monate Handlungskompetenz auf einer Intensivstation bei beatmeten und trachealkanülierten Versicherten erworben. Daher ist alternativ zur Qualifikation nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 der Erwerb der erforderlichen Qualifikation zur Potenzialerhebung von Kindern und Jugendlichen durch weitere 6 Monate einschlägige kinder- und jugendspezifische Tätigkeiten und kinder- und jugendintensivmedizinische Kenntnisse in einer spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem auf die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum, möglich.

Zu Nummer 3: Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin haben laut Musterweiterbildungsordnung 6 Monate Handlungskompetenz auf einer Intensivstation bei beatmeten und tracheal-

kanülierten Versicherten erworben. Daher sind weitere 12 Monate einschlägige kinder- und jugendspezifische Tätigkeit und kinder- und jugendintensivmedizinische Kenntnisse in einer spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem auf die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum, notwendig.

Zu Nummer 4: Darunter fallen alle weiteren Fachärztinnen und Fachärzte, die im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung keine Tätigkeit auf einer spezialisierten stationären Einheit nachgewiesen haben. Daher sind bei diesen Fachärztinnen und Fachärzten 18 Monate einschlägige kinder- und jugendspezifische Tätigkeit und kinder- und jugendintensivmedizinische Kenntnisse in einer spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem auf die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum, notwendig.

A-2.2.1.2 Zur Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte in Satz 2 im Einzelnen:

Zu Nummern 1 und 2: Ergänzend werden für die Erhebung nach § 5 bei jungen Volljährigen hier Fachärztinnen und Fachärzte aufgeführt, die ihre Expertise in einem auf die Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Patientinnen und Patienten spezialisierten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) (vgl. § 119c SGB V) erworben haben.

Damit die Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte in einem MZEB anerkannt werden kann, muss das entsprechende MZEB auf die Behandlung und Betreuung von langzeitbeatmeten und nicht beatmeten, aber trachealkanülierten Versicherten spezialisiert sein und Erfahrungen im Umgang mit dem Weaning und der Dekanülierung haben. Nicht alle aktuell zugelassenen MZEBs haben diesen spezifischen Schwerpunkt. Liegt dieser Schwerpunkt bei einem MZEB nicht vor, kann die entsprechende Tätigkeit in diesem MZEB, die zur Potenzialerhebung berechtigen soll, nicht anerkannt werden.

A-2.2.2 Zum neuen Absatz 3 in § 8

Der neu eingefügte Absatz 3 überträgt dieses Begriffsverständnis in den Wortlaut der Richtlinie und erleichtert so die Normanwendung, nicht zuletzt mit Blick auf die Abgrenzung des Begriffs der Beatmungsentwöhnungs-Einheit zu dem mit diesem Beschluss neu eingefügten Begriff der für die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen spezialisierten stationären Einheiten.

A-2.2.3 Zur formalen Folgeänderung in § 8 Absatz 5 (vormals Absatz 2) Satz 2

Der Absatz 5 regelt, dass die Befugnis zur Durchführung der Erhebung nach § 5 einer Genehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bedarf. Die bisherige Regelung in § 8 Absatz 5 Satz 2 sieht vor, dass die Genehmigung auf Antrag zu erteilen ist, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen erfüllt. Durch die Einführung des neuen Absatzes 2 in § 8 der AKI-RL (siehe Kapitel 2.2.1), ist diese Regelung nunmehr um den Absatz 2 zu ergänzen. Diese Folgeänderung ergibt sich, da die Regelungen nach § 8 Absatz 5 entsprechend für die Fachärztinnen und Fachärzte nach § 8 Absatz 2 (neu) anzuwenden sind.

A-2.2.4 Zur Änderung in § 8 Absatz 6 (vormals Absatz 3)

Es erfolgt eine redaktionelle Klarstellung, dass im Nationalen Gesundheitsportal nach § 395 Absatz 2 SGB V neben den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auch die Leistungserbringer, die gemäß § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V zum Zweck der Erhebung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, veröffentlicht werden. Hierunter fallen sowohl nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende

Ärztinnen oder Ärzte als auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser. Dieser Regelungswille konnte bislang lediglich den Tragenden Gründen (siehe Kapitel 2.9 zu Absatz 3) zur Erstfassung der AKI-RL vom 19. November 2021 (vergleiche Kapitel 2.9 zu Absatz 3) entnommen werden.

Die beabsichtigte Klarstellung des neuen Absatzes 6 des § 8 der AKI-RL wird insbesondere mit Blick auf die angespannte Versorgungslage auch um Kenntnis des kurz vor Beschlussfassung ergangenen Urteils des Landgerichts Bonn vom 28.06.2023 (Az. 1 O 79/21) nicht für obsolet erachtet.

A-2.3 Zur Änderung von § 9 Absatz 1 (Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte)

Der Kreis der ordnungsberechtigten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird mit dem Ziel erweitert, die Versorgungskontinuität in größtmöglichem Maße zu erhalten und diejenigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die bereits bisher die Versorgung der Versicherten gewährleistet und die Leistungen der "speziellen Krankenbeobachtung" nach Nummer 24 der HKP-Richtlinie verordnet haben, in der Versorgung zu halten.

A-2.4 Antrag der Patientenvertretung zur Anpassung der HKP-RL

Im Rahmen des Beratungsverfahrens hat die Patientenvertretung mit Schreiben vom 1. Juni 2023 beantragt, die in § 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) verankerte Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege bis zum 31. Oktober 2025 zu verlängern und flankierend den Gesetzgeber aufzufordern, das Inkrafttreten von Artikel 2 des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes vom 23. Oktober 2020 auf den 31. Oktober 2025 zu verschieben. Der entsprechende Beschlussentwurf nebst Tragenden Gründen ist dem Kapitel D zu entnehmen. Der Beschlussvorschlag fand nicht zuletzt angesichts der Unvereinbarkeit mit den geltenden einfachgesetzlichen Vorgaben und der Dringlichkeit der Schaffung einer rechtssicheren Lösung keine Mehrheit.

A-3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation (ZD) in Abschnitt B dokumentiert. Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Auswertungstabelle zu den Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel B.6 in der ZD).

A-4 Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO) die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen und Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit Neufassung des § 5a (Übergangsregelung zur Potentialerhebung) haben die verordnenden Ärztinnen und Ärzte befristet bis 31.12.2024 die Möglichkeit, ausnahmsweise auf die verpflichtende Potenzialerhebung vor einer Verordnung zu verzichten, falls eine zur Potenzialerhebung qualifizierte Ärztin oder ein zur Potenzialerhebung qualifizierter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt auf dem Verordnungsvordruck Muster 62B in einem bereits für Ausnahmefälle vorgesehenen Feld zu dokumentieren. Mit Dokumentation dieser Abweichungsmöglichkeit von der verpflichtenden Potenzialerhebung entsteht den verordnenden Ärztinnen und Ärzten ein minimaler bürokratischer Mehraufwand. Dem gegenüber steht ein reduzierter Umfang an Potenzialerhebungen, welcher die Dokumentation auf dem für die Erhebung erforderlichen Muster 62A durch die potentialerhebenden Ärztinnen und Ärzte entbehrlich macht. Eine nähere Quantifizierung der insoweit ersparten und der zusätzlichen Aufwände ist nicht möglich, da sich gegenwärtig nicht abschätzen lässt, in welchem Umfang Ärztinnen und Ärzte von der Übergangsregelung zur Potentialerhebung Gebrauch machen werden.

Zudem wird mit vorliegendem Beschluss durch die Ergänzung des Absatz 2 in § 8 der Kreis der für die Potenzialerhebung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen qualifizierten Arztgruppen erweitert. Die Befugnis zur Durchführung der Potenzialerhebung bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und ist formlos vor Leistungserbringung zu beantragen. Der Aufwand für ein entsprechendes Genehmigungsprozedere ist bereits in der Bürokratiekostenermittlung zur Erstfassung der AKI-RL abgebildet (vgl. hierzu <https://www.g-ba.de/beschluesse/5142/>); er geht mit einem zeitlichen Aufwand von 30,5 Minuten und Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 29,21 Euro einher. Da sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abschätzen lässt, wie viele zusätzliche Ärztinnen und Ärzte einen entsprechenden Antrag stellen werden, lassen sich die aus der Änderung entstehenden Bürokratiekosten nicht quantifizieren.

Die Änderung in § 9 Absatz 1 sieht vor, den Kreis der ordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte auf alle Vertragsärztinnen und -ärzte mit Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten zu erweitern. Die Befugnis zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 9 bedarf einer Genehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Aufwand für ein entsprechendes Genehmigungsprozedere ist bereits in der Bürokratiekostenermittlung zur Erstfassung der AKI-RL abgebildet (vgl. hierzu <https://www.g-ba.de/beschluesse/5142/>); er geht mit einem zeitlichen Aufwand von 30,5 Minuten und Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 29,21 Euro einher. Da sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht einschätzen lässt, wie viele zusätzliche Ärztinnen und Ärzte einen entsprechenden Antrag stellen werden, lassen sich die aus der Änderung entstehenden Bürokratiekosten nicht quantifizieren.

A-5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
17.11.2022	G-BA	Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 VerFO zur <i>Überprüfung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie</i>
14.03.2023	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie
18.04.2023	UA VL	Anhörung
12.07.2023	UA VL	Abschließende Würdigung der Stellungnahmen und Beratung der Beschlussunterlagen
20.07.2023	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie
24.08.2023		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
14.09.2023		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
15.09.2023		Inkrafttreten

A-6 Beschluss

Veröffentlicht im BAnz am 14. September 2023, BAnz AT 14.09.2023 B3

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie: Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 und an die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach § 9 sowie Übergangsregelung zur Potenzialerhebung in § 5a (neu) der Richtlinie und weitere Änderungen

Vom 20. Juli 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juli 2023 beschlossen, die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL) in der Fassung vom 19. November 2021 (BAnz AT 17.03.2022 B2) wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Nach § 5 wird folgender § 5a eingefügt:

„§ 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung

Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum 31. Dezember 2024, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.“

2. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 4 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach dem Wort „Neurochirurgie“ wird das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt.

bbb) Die Wörter „oder Kinder- und Jugendmedizin“ werden gestrichen.

b) Nach Nummer 6 werden folgende Absätze 2 und 3 eingefügt:

„(2) Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen kann zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Personen durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum,

3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum oder
4. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum.

Bei jungen Volljährigen kann die Erhebung nach §5 zusätzlich durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem entsprechend hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V oder
2. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem entsprechend hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V.

(3) Beatmungsentwöhnungs-Einheiten nach Absatz 1 sind spezielle interdisziplinäre Einrichtungen, die die besonderen Anforderungen der Respiratorentwöhnung bei langzeitbeatmeten Versicherten erfüllen. Eine solche Einheit hat einen Schwerpunkt in der Versorgung von Versicherten im und nach prolongiertem Weaning und in der Einleitung, Kontrolle und Betreuung von Versicherten mit außerklinischer Beatmung. Einheiten in diesem Sinne sind beispielsweise Einheiten, die berechtigt sind, Maßnahmen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-718.8 oder 8-718.9 durchzuführen. Auf die Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen spezialisierte stationäre Einheiten nach Absatz 2 sind beispielsweise die auf diese Versichertengruppe spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheiten nach Satz 1, Kinderintensivstationen, Einheiten der neuropädiatrischen Frührehabilitation oder Querschnittszentren, die beatmete und trachealkanülierte Kinder und Jugendliche mit geeigneten Fallzahlen behandeln und Maßnahmen nach OPS-Code 8-716 durchführen.“

- c) Die bisherigen Sätze 2 bis 5 des Absatz 1 werden zu Absatz 4.
- d) Die bisherigen Absätze 2 bis 4 werden die Absätze 5 bis 7.
- e) Im neuen Absatz 5 wird in Satz 2 nach der Angabe „Absatz 1“ die Wörter „oder Absatz 2“ eingefügt.
- f) Dem neuen Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Daneben werden im Nationalen Gesundheitsportal auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser veröffentlicht, welche nach § 37c Absatz 1 SGB V zur

Erhebung gemäß § 5 berechtigt sind und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.“

3. § 9 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „Hausärztinnen und Hausärzte“ werden durch die Wörter „Nebenden in Absatz 1 Satz 1 genannten Fachärztinnen und Fachärzten“ ersetzt.

bb) Nach dem Wort „können“ werden die Wörter „Ärztinnen und Ärzte anderer Facharztgruppen“ eingefügt.

b) In Satz 4 werden die Wörter „Hausärztinnen und Hausärzte“ durch die Wörter „Ärztinnen und Ärzte“ ersetzt.

II. Die Änderungen der Richtlinie treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den 20. Juli 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende

Prof. Hecken

A-7 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

24/08/2023 16:45 VON: +493018104414514 AN: +4930275838105

2/2



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Glinkastraße 35, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Ausschließlich per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 24. August 2023
AZ 213 – 21432 – 95

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 20. Juli 2023

hier: Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie:
Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach
§ 8 und an die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach § 9 sowie
Übergangsregelung zur Potenzialerhebung in § 5a (neu) der Richtlinie und weitere Än-
derungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

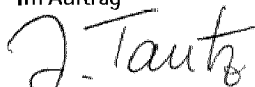
der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 20. Juli 2023 über eine Änderung
der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Es wird auf Folgendes hingewiesen:

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung und
den GKV-Spitzenverband auffordern, die Umsetzung des Beschlusses durch ein umfassendes
Monitoring zu begleiten und dem BMG regelmäßig u.a. über die Anzahl der potenzialerhebenden
und verordnenden Ärztinnen und Ärzte und die getroffenen Maßnahmen zu berichten und diese
Informationen auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu übermitteln. Das BMG geht
davon aus, dass der G-BA die Ergebnisse im Rahmen seiner Beobachtungspflicht als Normgeber
berücksichtigen wird.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag


Dr. Josephine Tautz

B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Vor der Entscheidung des G-BA über die Richtlinie zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V ist bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V der oder den einschlägigen Heilberufekammern sowie dem Beauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Zudem ist gemäß § 92 Absatz 7g SGB V den in § 132l Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Organisationen der Leistungserbringer sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Zusätzlich wurde einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie betroffenen Organisationen mit Beschluss vom 16. Februar 2023 Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a VerfO eingeräumt.

Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) beschloss in seiner Sitzung am 14. März 2023 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 14. März 2023 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-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 berechtigt ist, zu diesem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er fristgerecht eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 14. März 2023 folgenden Organisationen für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt. Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte nach § 91 Absatz 5 SGB V	Eingang	Anmerkung
Bundesärztekammer (BÄK)	04.04.2023	Verzicht

Stellungnahmeberechtigter nach § 91 Absatz 5a SGB V	Eingang	Anmerkung
Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	18.03.2024	Verzicht
Organisation gemäß § 92 Absatz 7g SGB V	Eingang	Anmerkung
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)	15.03.2023	Verzicht
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V (VDAB)	03.04.2023	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	30.03.2023	
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad)	04.04.2023	
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	04.04.2023	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.	31.03.2023	
Intensivpflegeverband Deutschland e. V. (IPV)	31.03.2023	
Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM)	31.03.2023	
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm)	31.03.2023	
SelbstHilfeVerband - FORUM GEHIRN e. V.	04.04.2023	
Deutscher Kinderhospizverein e. V.	31.01.2023	
Organisation gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a Verfahrensordnung (VerfO)	Eingang	Anmerkung
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)	04.04.2023	
Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. (DMGP)	04.04.2023	
Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP)	04.04.2023	
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)	04.04.2023	Verzicht
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e. V. (DGPRP)	03.04.2023	
Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung e.V. (DIGAB)	05.04.2023	Verfristet

B-5 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

B-5.1 Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Anhang unter Abschnitt C abgebildet.

B-5.1.1 Stellungnahmen zu § 8 der AKI-RL

B-5.1.1.1 Allgemeine bzw. übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
1.	bpa	<p>Die Anpassung von § 8 der AKI-RL durch die Ergänzung eines Abs. 2 n.F. zur eigenständigen Regelung der Qualifikationsanforderungen für Fachärzte im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wird grundsätzlich begrüßt. Der bpa verbindet damit grundsätzlich die Erwartung, dass mit der Erweiterung potentieller Behandler zur Potenzialerhebung ein größerer Kreis an Ärztinnen und Ärzten zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages bei der Behandlung von intensivpflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen.</p> <p>Die mit Beschluss des G-BA vom 20.10.2022 zeitlich befristete Übergangsregelung der Verordnungsmöglichkeit von außerklinischer Intensivpflege durch Ärztinnen und Ärzte ohne spezifische erweiterte Qualifikation lässt deutlich erkennen, dass die aktuelle Versorgungslandschaft die weitestgehend restriktiven Vorgaben der bestehenden AKI-RL nicht auch nur annähernd ohne eine Gefährdung der betroffenen Versicherten umsetzen kann. Insofern war es folgerichtig, aber auch vorhersehbar, die Verordnung bis zum 30.10.2023 weiterhin nach der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) zu ermöglichen. Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege von Kindern und Jugendlichen darf, wie insgesamt in dem ohnehin besonders sensiblen Versorgungsbereiches, die beschränkte Vorhaltung an fachärztliche Expertise letztendlich nicht zu Versorgungsausfällen führen.</p>	<p>PatV: Zustimmungse Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Der Anregung der Stellungnehmers wird teilweise gefolgt.</p> <p>Siehe lfd. Nr. 8</p>	<p>PatV: Enthaltung zur Änderung in § 5. PatV Antrag zur Verlängerung der Übergangsregelung § 1a HKP-RL bis zum 31.10.2025</p> <p>[GKV-SV, KBV, DKG: Änderung: Dem § 5 wird der § 5a „Übergangsregelung zur Potenzialerhebung“</p> <p>Abweichend von der in § 5 Absatz 1 Satz 1 unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet bis zum 31. Dezember</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Der bpa hat nicht nur im Gesetzgebungsverfahren, sondern auch im Stellungnahmeverfahren zur AKI-RL sehr eindringlich darauf hingewiesen und davor gewarnt, dass entsprechende (fach-)ärztliche Strukturen zur Potenzialerhebung und Verordnung außerklinischer Intensivpflege weder gegenwärtig vorhanden sind, noch Anzeichen für eine absehbare Veränderung dieser fehlenden Fachärzte auch nur im Ansatz erkennbar ist. Zwar dürfte die nunmehr vorsichtig vorgenommene Verbreiterung und Präzisierung bestimmter Facharztgruppen in der Kinder- und Jugendmedizin grundsätzlich geeignet sein, bestehenden bzw. absehbaren Engpässen in der Versorgung entgegenzuwirken. Inwieweit hierdurch tatsächlich eine ausreichende Anzahl von Fachärzten für die geforderte Diagnostik und Potentialanalysen zur Verfügung stehen wird, darf bezweifelt werden. Der G-BA ist auch daher gehalten, in zeitlich sehr engmaschigen Abschnitten zu überprüfen, ob die Voraussetzungen der Verordnung für eine adäquate Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit außerklinischer Intensivpflege durch die vorzunehmende Anpassung ausreichend Rechnung getragen werden. Die für den Bereich der Kinder- und Jugendlichen vorgenommene Öffnung der einzubeziehenden Facharztgruppen ist ebenso wie unser vorgeschlagenes Monitoring zur Versorgungssicherstellung in der AKI, auch für die übrigen Patientengruppen erforderlich.</p>		<p>2024, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. Die Regelungen in § 10 Absatz 3 bleiben hiervon unberührt.“]</p>
2.	IPV	<p>Wir begrüßen die Änderung der AKI RL ausdrücklich. Allerdings sind wir der Meinung das die Änderungen zu kurz greifen.</p> <p>Auch bei den Erwachsenen ist bis heute nicht erkennbar, wie die Menge der Potenzialerhebungen durchgeführt werden sollen. Die Anzahl der bisher registrierten Ärzte lässt den Schluss zu, dass dies nicht möglich sein wird.</p> <p>Die Altersgrenze von 18 Jahren, darf keine harte Grenze sein, ab der die Potenzialerhebung nach den Kriterien der Erwachsenen durchgeführt werden muss.</p> <p>Wir regen außerdem an bei progredient fortschreitenden Erkrankungen die Pflicht zur Potenzialerhebungen auszusetzen.</p> <p>Hiermit würden Ressourcen für Intensivpflegebedürftige mit echtem Potenzial frei.</p>	Kenntnisnahme	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
3.	DKHV	Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. stimmt der geplanten Änderung in §8 der AKI-RL vorbehaltlich nachstehender Änderungsvorschläge zu.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
4.	DGPRP	Wir haben keine Einwände gegen die geplanten Änderungen.	Kenntnisnahme der Zustimmung	Keine Änderung
5.	DRK	<p>Sonstiges</p> <p>Grundsätzlich möchten wir anmerken, dass die Änderungen der AKI-RL vom 19. November 2021 einschneidende Veränderungen in der Versorgung erzeugt haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die regelhafte Verordnungsdauer von 6 Monaten (anstatt 12 Monaten) erzeugt einen hohen bürokratischen Mehraufwand und führt zu zusätzlichen Belastungen der Betroffenen und deren Angehörigen sowie zu erheblichem organisatorischen Mehraufwand bei Ärzten und Leistungserbringern. - Die Qualifikationsanforderungen an potentialerhebende und verordnende Ärzte dünnt die Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen aus. Es ist bereits spürbar, dass sich die Kapazitäten der verordnenden Ärzte sinkt und eine lückenlose Versorgung schwierig wird. Gleichsam geraten verordnende Ärzte durch den bürokratischen Mehraufwand und die Übernahme von Patienten, deren bisherige Ärzte nun nicht mehr verordnen können, an Kapazitätsgrenzen. <p>Das DRK regt an, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene Übersichten vorhalten aus denen Einrichtungen, wie auch Angehörige erkennen können, welche Ärzte namentlich gemäß §8 der RiLi qualifiziert sind Potentialerhebungen durchzuführen. Bislang sind nicht in allen Bundesländern solche Übersichten öffentlich zugänglich. Die Übersichten würden langwierige Recherchen vermeiden und würden helfen Versorgungslücken bzw. -brüche zu vermeiden.</p>	<p>Der Stellungnahme wird teilweise gefolgt. Der Kreis der verordnungsberechtigten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird mit dem Ziel erweitert, die Versorgungskontinuität in größtmöglichem Maße zu erhalten und diejenigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die bereits bisher die Versorgung der Versicherten gewährleistet und die Leistungen der "speziellen Krankenbeobachtung" nach Nummer 24 der HKP-Richtlinie verordnet haben, in der Versorgung zu halten.</p> <p>Im Übrigen wird auf die Änderungen in § 8 Absatz 3 (neu Absatz 6) verwiesen, wonach neben allen an der vertragsärztlichen Versorgung auch alle nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie</p>	<p>Siehe Änderungen in § 9 Absatz 1:</p> <p>„Hausärztinnen und Hausärzte Neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fachärztinnen und Fachärzten können Ärztinnen und Ärzte anderer Facharztgruppen außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen.“⁴Die Befugnis zur Verordnung für Hausärztinnen und Hausärzte Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung.“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser im Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht werden.</p>	
6.	bvkm	<p>[Auszug Anschreiben] Die Änderung der AKI-RL nimmt der bvkm ferner zum Anlass, um auf drohende Versorgungsdefizite bei Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf hinzuweisen.</p> <p>Hintergrund ist, dass am 31.10.2023 Art. 2 des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und damit eine Neufassung von § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in Kraft tritt, die zur Folge hat, dass Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ab diesem Zeitpunkt grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V haben. Ab diesem Zeitpunkt besteht dann für diesen Personenkreis nur noch ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V.</p> <p>Nach den Regelungen der AKI-RL darf die außerklinische Intensivpflege für beatmete und trachealkanülierte Versicherte ab diesem Zeitpunkt nur noch durch einen kleinen Kreis von Fachärztinnen und Fachärzten verordnet werden. Hausärztinnen und Hausärzte sind ab dem 31.10.2023 nur noch verordnungsbefugt, wenn eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt und sie Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten nachgewiesen haben. Zudem muss grundsätzlich bei beatmeten und trachealkanülierten Versicherten mit jeder Verordnung ein etwaiges Entwöhnungspotenzial ermittelt werden. Der hierzu befugte Kreis an Fachärztinnen und Fachärzten ist sogar noch eingeschränkter und bedarf ebenfalls einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung.</p> <p>Die beteiligten Akteure im Gesundheitswesen arbeiten zwar derzeit mit Hochdruck daran, dass bis zum 31.10.2023 ausreichend Fach- oder Hausärztinnen und -ärzte über entsprechende Genehmigungen verfügen, um die Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten</p>	<p>Kenntnisnahme Siehe lfd. Nr. 1</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 1</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>mit Intensivpflegebedarf zu gewährleisten, doch steht zu befürchten, dass es nicht gelingen wird, bis zu dem besagten Stichtag geeignete Strukturen flächendeckend aufzubauen. Dies gilt im Besonderen für Kinder und Jugendliche in pädiatrischer Versorgung. Die Suche im Nationalen Gesundheitsportal (https://gesund.bund.de/suchen/aerztinnen-und-aerzte) nach entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten läuft bislang ins Leere und auch gezielte Nachfragen bei Kassenärztlichen Vereinigungen verlaufen häufig ergebnislos. Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf und ihre Angehörigen sind deshalb in großer Sorge darüber, wie sie ihre medizinische Versorgung ab dem 31.10.2023 sicherstellen sollen.</p> <p>Wegen der hohen Eilbedürftigkeit in dieser Sache appelliert der bvkM deshalb dringend an den Gemeinsamen Bundesausschuss, sich dafür einzusetzen, dass die in Art. 5 Absatz 2 GKV-IPReG festgelegte Frist für das Inkrafttreten von Artikel 2 GKV-IPReG so lange verschoben wird, bis geeignete Strukturen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf aufgebaut sind, zumindest aber, die dort festgelegte Frist um mindestens ein Jahr zu verlängern.</p>		

B-5.1.1.2 Zu Absatz 2

a) Zu Absatz 2 Satz 1 insgesamt:

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
7.	DGKJ	Die DGKJ geht prinzipiell davon aus, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen dem Facharztstandard folgen sollte; dass Kinder und Jugendliche also durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin medizinisch betreut werden sollten. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte durchlaufen während ihrer Facharzt-Weiterbildung auch verpflichtende Zeit in der Intensivmedizin, wo sie Kenntnisse in invasiver und nicht-invasiver Beatmung und Entwöhnung erlangen.	Der G-BA hat die Regelungskompetenz zur Festlegung der Qualifikationsanforderungen an potenzielerhebende Ärztinnen und Ärzte. Die entsprechenden Festlegungen müssen daher objektiv nachvollziehbar sein. Daher hat der G-BA die gleichen Maßstäbe an alle	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Für § 8, Abs. 2 wäre unsere Position, dass diese Zeit auf der Intensivstation mindestens 12 Monate umfassen sollte. Im Optimalfall würden wir hier v. a. die Kinder-Pneumologen sehen, deren Anzahl allerdings begrenzt ist.</p> <p>Alle anderen Fachärztinnen und -ärzte (auch Anästhesistinnen und Anästhesisten) sollten, wie Punkt 4 es vorsieht, eine 18-monatige einschlägige Tätigkeit „in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit“ aufweisen.</p> <p>Unsere Position stellt einen Kompromiss dar zwischen Qualifikationsanforderungen, die wir als Fachgesellschaft anstreben, und der realistischen Einschätzung der Anzahl der Ärztinnen/Ärzte, die diese sehr spezialisierte Kenntnisse vorweisen können.</p> <p>Darüber hinaus schließen wir uns der Stellungnahme der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie an und führen unsere Position bei der mündlichen Anhörung näher aus.</p>	<p>Fachärztinnen und Fachärzte angelegt, wonach 18-monatige einschlägige Tätigkeit „in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten“ vorliegen muss. Die in Nr. 3 und 4 aufgeführten Facharztgruppen haben im Rahmen ihrer Weiterbildung bereits Handlungs- und Methodenkompetenz in der Beatmungsversorgung erworben, so dass diese mit den jeweils zusätzlich notwendigen zeitlichen Umfang der einschlägigen Tätigkeit insgesamt auf 18 Monate Erfahrung kommen.</p>	
8.	bvkm	<p>Änderungsvorschlag § 8 Absatz 2:</p> <p>„Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 [GKV, KBV, DKG: im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)] kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen erfolgt grundsätzlich durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen.“</p> <p>Fachärztinnen und Fachärzte, die aufgrund ihrer Ausbildung oder aufgrund einschlägiger Tätigkeit über die in § 8 Absatz 2 genannte pädiatrische Expertise verfügen, sind mit hochkomplexen Krankheitsbildern, die seit Geburt bzw. früher Kindheit bestehen, und mit deren Auswirkungen auf die Entwicklung vertraut. Diese pädiatrische Expertise ist für die Potenzialerhebung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL wesentlich. Daher sind Potenzialerhebungen bei diesen Patientinnen und Patienten</p>	<p>PatV: stimmt dem Stellungnehmer zu, dass Kinder und Jugendliche grundsätzlich durch auf die Pädiatrie spezialisierte Ärztinnen und Ärzte behandelt werden sollen.</p> <p>(Hinweis: zu § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII siehe lfd. Nr. 12)</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</p> <p>Neben den in § 8 Abs. 2 (neu) aufgenommenen Ärztinnen und Ärzten können weiterhin</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>grundsätzlich durch die in § 8 Absatz 2 benannten Fachärztinnen und Fachärzte durchzuführen. Bei jungen Volljährigen, bei denen die Erkrankung seit früher Kindheit besteht, die körperliche, kognitive und emotionale Entwicklung aber dem Lebensalter entspricht, soll bei der Überleitung von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin die pädiatrische Expertise konsiliarisch einbezogen werden. Die Möglichkeiten der Telemedizin sind zu nutzen.</p>	<p>auch die nach § 8 Abs. 1 qualifizierten Ärztinnen und Ärzte die Potenzialerhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen durchführen.</p> <p>Grundsätzlich stimmt der G-BA dem Stellungnehmer zu, dass Kinder und Jugendliche grundsätzlich von auf die Pädiatrie spezialisierten Ärztinnen und Ärzten behandelt werden sollten. Vor dem Hintergrund der aktuell nicht einschätzbaren Anzahl der zur Verfügung stehenden Fachärztinnen und Fachärzten erfolgt diese Einschränkung der Potenzialerheber nicht.</p> <p>Im Übrigen wird auf die Ergänzung der Tragenden Gründe verwiesen: „Es ist davon auszugehen, dass die Erhebung nach § 5 bei diesem Personenkreis vorzugsweise durch die Fachärztinnen und Fachärzte nach Absatz 2 erfolgt.“</p>	
9.	DIGAB	<p>§ 8 Absatz 2, Satz 1</p> <p>„...kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erfolgen.“</p> <p>wird ersetzt durch:</p>	Siehe lfd. Nr. 8	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>„...erfolgt grundsätzlich durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte.“</p> <p>Begründung vgl. SN DIGAB lfd. Nummer 17</p>		
10.	DKHV	<p>„Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen soll durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:</p> <p>1. -4. (wie Vorschlag GBA)“</p> <p>Fachärzt*innen mit pädiatrischer Qualifikation gemäß § 8 Absatz 2 verfügen über Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit angeborenen oder im Kindesalter erworbenen Erkrankungen, die eine Beatmung oder Trachealkanüle als Form der ärztlichen Therapie erfordern. Diese spezifischen Fachkenntnisse umfassen auch Kompetenzen im Umgang mit den individuellen Behandlungsverläufen, den speziellen physiologischen und psychomotorischen Entwicklungsständen sowie den kognitiven Fähigkeiten und der psychosozialen Situation der jungen Menschen und der sie begleitenden Angehörigen. Die Erhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen soll daher regelhaft durch diese Fachärzt*innen erfolgen.</p> <p>Wenn die Erhebung unter Berücksichtigung individueller Anforderungen, wegen regionaler Besonderheiten oder zum Zweck der Überleitung aus der pädiatrischen Versorgung in die Regelversorgung der Erwachsenenmedizin durch Fachärzt*innen nach § 8 Absatz 1 erfolgen soll, ist hierfür eine koordinierte Überleitung, ausgerichtet am individuellen Bedarf der Versicherten, erforderlich. Diese kann beispielsweise durch konsiliarische Einbindung von bisher an der pädiatrischen Versorgung beteiligte Fachärzt*innen erfolgen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG, PatV: Siehe lfd. Nr. 8</p> <p>Grundsätzlich stimmt der G-BA dem Stellungnehmer zu, dass Kinder und Jugendliche grundsätzlich nur auf die Pädiatrie spezialisierte Ärztinnen und Ärzte erfolgen sollte. Vor dem Hintergrund der aktuell zur Verfügung stehenden Fachärztinnen und Fachärzten erfolgt diese Einschränkung der Potenzialerheber nicht.</p>	Keine Änderung
11.	GPP (DGKJ schließt sich an)	<p>„Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:“</p> <p>wird ersetzt durch:</p>	Siehe lfd. Nr.8 / Nr. 10	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>„Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 erfolgt durch folgende Ärztinnen und Ärzte:“</p> <p>Grundsätzlich ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit außerklinischer Beatmung nicht geregelt. Aktuell werden Kinder und Jugendliche mit außerklinischer Beatmung in einzelnen Zentren versorgt, was aufgrund fehlender Strukturen und fehlender kostendeckender Finanzierung auf das persönliche Engagement einzelner Kliniken (und deren Ärzte) zurückzuführen ist. Wenn eine kontinuierliche Betreuung einer Beatmungstherapie/–entwöhnung erfolgt, dann wird dies überwiegend in diesen Kliniken aus altruistischem Engagement durchgeführt. Grundsätzlich müssen die das (Weaning-)Potential erhebenden Ärzte eine definierte Anlaufstelle haben, wo die Beatmungstherapie begleitet oder das Weaning durchgeführt werden kann.</p> <p>Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und müssen daher medizinisch von Kinderärzten betreut werden. Gerade Krankheitsbilder, die eine chronisch respiratorische Insuffizienz bedingen, sind häufig komplexe pädiatrische Krankheitsbilder, die pädiatrischer Expertise auch im Kontext der Atemstörung benötigen.</p> <p>Die Beatmungstherapie und (Beatmungsentwöhnung) ist erst in der letzten Fassung (01.07.2020) in die Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie aufgenommen worden, so dass nicht alle ambulant (vertragsärztlich tätigen) Kinder-Pneumologen die Beatmungstherapie und Beatmungsentwöhnung vollumfänglich abbilden können. Daher werden die niedergelassenen Kinder-Pneumologen nicht selten auf Klinikärzte (der oben genannten Zentren) zurückgreifen wollen, so dass Klinikärzte auch Potentialerhebungen durchführen müssen.</p> <p>Vor 2 Jahren hat sich die Arbeitsgemeinschaft „chronisch respiratorische Insuffizienz“ innerhalb der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie gegründet, die unter anderem das Ziel hat Versorgungsstrukturen für außerklinisch beatmete Kinder zu verbessern. Hierfür wird mit den Potentialerhebungen ein Anfang gemacht, was wir sehr begrüßen.</p>		

b) „Junge Volljährige“ [GKV, KBV, DKG: im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
12.	bpa	<p>Der Hinweis auf eine Altersbeschränkung von jungen Volljährigen nach § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII ist unseres Erachtens nicht nur entbehrlich, sondern darüber hinaus rechtsmissbräuchlich.</p> <p>Zurecht weist die PatV darauf hin, dass bei dieser Patientengruppe die hochkomplexen Krankheitsbilder bereits im Kinder- und Jugendalter ursächlich sind, so dass deren Entwicklung bereits sehr engmaschig durch die in § 8 Abs. 2 n.F. benannten Facharztgruppen begleitet werden. Es erscheint nicht sachgerecht, eine solche, sehr langjährige Arzt-Patienten-Beziehung durch eine starre Altersgrenze zu kappen.</p> <p>Die Gegenauffassung von GKV-SV, DKG und KBV einer notwendigen Altersbegrenzung im Sinne von § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII vermag nicht zu überzeugen. Warum bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand im Sinne von § 1 Abs. 3 Satz 2 der AKI RL vorliegt, mit Vollendung des 27. Lebensjahres unberücksichtigt bleiben soll, erschließt sich nicht. Der schlichte Hinweis auf die Notwendigkeit zu einer Klarstellung kann auch bei Abwägung der betroffenen Rechtsgüter nicht durchschlagen.</p> <p>Viel bedeutsamer in diesem Zusammenhang ist aber der Umstand, dass bereits der Gesetzgeber im Rahmen des IPReG die Altersbegrenzung von 27 Jahren für junge Volljährige abgelehnt hat. Aus der Genese zum Gesetzgebungsverfahren ergibt sich, dass es zunächst im Gesetzentwurf zu § 37 c Abs. 1 Satz 8 SGB V wie folgt hieß:</p> <p><i>„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer</i></p>	<p>PatV: Zustimmungse Kenntnisnahme</p> <p>siehe lfd. Nr. 8</p> <p>KBV, GKV-SV; DKG:</p> <p>Von der expliziten Nennung einer Altersgrenze wird (inzwischen) abgesehen bzw. auf ein Nachzeichnen der berufsrechtlichen Regelungen (Fachärztinnen und Fachärzte f. Kinder- und Jugendmedizin behandeln grundsätzlich Kinder, Jugendliche und junge Volljährige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres) bewusst verzichtet.</p> <p>Die Aufnahme einer Altersgrenze in die AKI-RL würde einen festen Rechtsrahmen vorgeben und die auf berufsrechtlicher Ebene zumindest in begrenztem Umfang bestehende Flexibilität (3 bis 5 % der Behandlungsfälle außerhalb des Fachgebiets laut BSG) von vornherein ausschließen.</p>	<p>Änderung:</p> <p>KBV, GKV-SV; DKG:</p> <p>„Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen [PatV: gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2] GKV, KBV, DKG: im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p><i>Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen...“</i></p> <p>Die Änderungen zur abschließenden Gesetzesfassung von § 37 c Abs. 1 Satz 8 SGB V erklärt der 14. Ausschuss wie folgt:</p> <p><i>„Die Änderung stellt sicher, dass die besondere Berücksichtigung der Belange junger Volljähriger in der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses nicht an die starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist. Ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters kann im Einzelfall auch vorliegen bzw. weiterbestehen, wenn die betreffende Person älter als 27 Jahre ist. Insofern ist hier nicht auf die einschränkende Begriffsdefinition des jungen Erwachsenen in § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII abzustellen.“</i></p> <p>Folglich wäre eine hier vorgenommene Bezugnahme auf § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII ein Verstoß gegen den Gesetzesbefehl zu § 37 c Abs. 1 Satz 8 SGB V und eine rechtsmissbräuchliche Umgehung des gesetzgeberischen Auftrages.</p> <p>Aus gutem Grund also enthält auch die AKI-RL eine wie in § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII bestehende beschränkende Begriffsdefinition junge Volljährige gerade nicht. Augenscheinlich kam es dem Richtliniengeber ebenso wie dem Gesetzgeber bei Erstellung der Richtlinie darauf an, unabhängig vom Alter, allein auf die aus dem Kindes- und Jugendalter herrührenden Krankheitsbilder bzw. Entwicklungsstörungen abzustellen.</p>		
13.	bvkmb	<p>Der Begriff der „jungen Volljährigen“ ist in den Regelungszusammenhängen der außerklinischen Intensivpflege ganz bewusst in einer besonderen Art und Weise und ganz bewusst ohne eine bestimmte Altersgrenze definiert. Gemäß § 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V und gemäß dem diese Regelung aufgreifenden § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL sind unter diesem Begriff „junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt“ zu verstehen.</p> <p>Die ursprünglich noch im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehene Altersbeschränkung der jungen Volljährigen auf das 27. Lebensjahr (vgl. BT-Drucksache 19/19368, Seite 9) hat</p>	<p>PatV: Zustimmende Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 12</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Siehe lfd. Nr. 12</p>	Siehe lfd. Nr. 12

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>der Gesetzgeber explizit deshalb wieder herausgenommen, weil er sicherstellen wollte, dass die besondere Berücksichtigung der Belange junger Volljähriger in der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie nicht an die starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist. In der Begründung der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit heißt es dazu, ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters könne im Einzelfall auch vorliegen bzw. weiterbestehen, wenn die betreffende Person älter als 27 Jahre ist. Insofern sei hier nicht auf die einschränkende Begriffsdefinition des jungen Erwachsenen in § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII abzustellen (vgl. BT-Drucksache 19/20720, Seite 55). Der Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG, den Begriff der jungen Volljährigen einschränkend „im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII“ zu verstehen, läuft diesem explizit zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers offensichtlich zuwider und wird deshalb vom bvkm als nicht gesetzeskonform abgelehnt.</p> <p>Darüber hinaus sprechen auch fachliche Gründe gegen eine Beschränkung des Anwendungsbereichs der Vorschrift auf junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Menschen mit Behinderung, die von Geburt an oder aufgrund einer im frühen Kindesalter erworbenen Behinderung einen Intensivpflegebedarf haben, sind in der Regel auch nach ihrem 27. Geburtstag nicht altersgemäß entwickelt. Die in der Vorschrift beschriebenen Krankheitsbilder verschwinden also nicht plötzlich, sobald sich der Mensch in seinem 28. Lebensjahr befindet.</p> <p>Die in § 8 Absatz 2 benannten Facharztgruppen sind mit den Besonderheiten dieser hochkomplexen Krankheitsbilder und der nicht regelhaften physiologischen und psychomotorischen Entwicklung dieser Patientinnen und Patienten vertraut. Sie haben insbesondere Erfahrung mit einer Vielzahl von Erkrankungen und komplexen Krankheitsbildern, denen Fachärztinnen und Fachärzte ohne pädiatrische Expertise im Berufsalltag in aller Regel nicht begegnen. Zu diesen Erkrankungen gehören z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwere cerebrale Schädigungen als Folge von Frühgeburt, Hirnblutung, Schädel-Hirn-Traumata, Gehirntumoren, schweren Infektionserkrankungen (z.B. Meningokokken, Streptokokken etc.), • Therapierefraktäre Epilepsien, • Zustand nach Beinahe-Ertrinken mit der Folge von schweren Epilepsien und/oder zentralen Atemstörungen und respiratorischer Insuffizienz und/oder Dysphagie, 		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Syndrome (z. B. Undine-Syndrom), • Stoffwechselerkrankungen (z. B. schwere Formen von Diabetes, Mukopolysaccharidosen, schwere Verlaufsformen von Mitochondriopathien etc.) in Verbindung mit kognitiven Einschränkungen, • Schwere Formen von Spina bifida, • Neuromuskuläre Erkrankungen (Muskeldystrophie Duchenne, Spinale Muskelatrophie etc.) <p>Bei diesen Erkrankungen ist eine dem Lebensalter entsprechende Entwicklung im Einzelfall nicht zwingend gegeben, so dass in diesen Fällen für die Potenzialerhebung auch bei jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL die pädiatrische Expertise (auch in Bezug auf den jeweiligen Verlauf) erforderlich ist.</p> <p>Hinzu kommt, dass die genannten Facharztgruppen in der Regel auch das kognitive und emotionale Entwicklungsalter ihrer Patientinnen und Patienten im Blick haben. Grundlage für diese Betrachtungsweise ist das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit, welches unter „psycho“ auch den emotionalen Entwicklungsaspekt umfasst. Basierend auf dem emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand werden Verhaltensweisen verständlich und international gebräuchliche Diagnosesysteme anwendbar. Beispielsweise kann oppositionell-ablehnendes Verhalten bei einem mentalen Referenzalter von circa drei Jahren der Entwicklung entsprechend und ohne Krankheitswert sein. Die Kenntnis des emotionalen Referenzalters kann helfen, die gezeigten Verhaltensweisen zu entschlüsseln und diagnostisch einzuordnen (Quelle: https://www.aerzteblatt.de/archiv/211019/Medizinische-Versorgung-von-Menschen-mit-Intelligenzminderung).</p> <p>In der Diagnostik und der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten, deren Entwicklungsstand auch im Erwachsenenalter dem eines Kindes entspricht, ist die besondere Expertise der Kinder- und Jugendmedizin mit ihren Schwerpunktfächern daher auch für eine Potenzialerhebung unerlässlich.</p> <p>Im Ergebnis spricht sich der bvkm deshalb gegen den Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG aus, den Begriff der jungen Volljährigen „im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII“ zu verstehen</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>und damit nur Erwachsene, die 18, aber noch nicht 27 Jahre alt sind, vom Anwendungsbereich der Vorschrift zu erfassen.</p>		
14.	Dt. Paritätischer Wohlfahrtsverband	<p>In § 8 Abs 2 Satz sollte der Vorschlag von GKV, KBV und DKG „(...) im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) (...)“ nicht übernommen werden.</p> <p>Im Rahmen der parlamentarischen Befassung mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber explizit Wert darauf gelegt, sicher zu stellen, dass in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss die Berücksichtigung der besonderen Belange junger Volljähriger nicht an eine starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist (vgl. BT-Drucksache 19/20720). Es sei daher nicht auf die einschränkende Begriffsdefinition des jungen Erwachsenen in § 7 Abs. 1 Nr. 3 des Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) abzustellen (ebd.). Ziel des Gesetzgebers war es, auch in Einzelfällen, in denen ein typisches Krankheitsbild des Kindes- und Jugendalters auch bei Personen vorliegt, die älter als 27 Jahre sind, die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Dementsprechend sieht die Richtlinie bisher diese Einschränkung nicht vor.</p>	<p>PatV: Zustimmende Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 12</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Siehe lfd. Nr. 12</p>	Siehe lfd. Nr. 12
15.	DKHV	<p>Der von GKV, KBV und DKG vorgeschlagene Verweis auf die Altersgrenze nach §7 Absatz 1 Nummer 3 SGB VIII wird abgelehnt.</p> <p>Der Deutsche Kinderhospizverein hat schon in seiner Stellungnahme vom 20.7.2021 darauf hingewiesen, dass bei Versicherten, die seit dem Kindesalter chronisch auf eine intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, häufig ein nicht regelhafter psychomotorischer und physiologischer Entwicklungsstand vorliegt, der eine hochgradig spezialisierte und interdisziplinäre Behandlung erfordert.</p> <p>Während die langjährig behandelnden pädiatrischen Fachärzt*innen auf die mit den komplexen Krankheitsfolgen verbundenen spezialisierten Anforderungen eingestellt sind, können diese Erfahrungen bei anderen Facharztgruppen nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden.</p>	<p>PatV: Zustimmende Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 12</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Siehe lfd. Nr. 12</p>	Siehe lfd. Nr. 12

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Da bei jungen Volljährigen, insbesondere nach jahrzehntelanger Beatmungsroutine, die Erhebungen vorrangig der Beatmungskontrolle und Verbesserung der Lebensqualität dienen, sind in diesen Fällen Kenntnisse des Versorgungsverlaufs sowie der besonderen Anforderungen erforderlich, um mit der Therapiekontrolle verbundene Komplikationen für die Versicherten zu vermeiden.</p> <p>Die Begründung zum Gesetzesbeschluss stellt dabei ausdrücklich klar, dass die spezialisierte Versorgung junger Volljähriger mit AKI-Bedarf nicht an die starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist. Ebenso wie in anderen pädiatrischen Spezialdisziplinen, wie beispielsweise bei angeborenen Herzerkrankungen, ist daher auch in der AKI eine Ausnahmeregelung für die pädiatrische Versorgung dieser Patientengruppe ohne Altersbeschränkung vorzusehen.</p>		
16.	DRK	<p>Begriff „junge Volljährige“ [KBV, DKG: im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Achtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)]</p> <p>Wir begrüßen die Änderungen, welche den Bedarfen betroffener Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen gerecht werden sollen und die separaten Ausführungen zu entsprechenden Fachärzten.</p> <p>Gleichwohl bekräftigen wir die Position der PatV, dass die Altersgrenze nicht starr bei einem Alter von 27 Jahren gezogen werden kann. Ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters kann im Einzelfall auch vorliegen bzw. weiterbestehen, wenn die betreffende Person älter als 27 Jahre ist, unter Umständen bis ans Lebensende. Insofern ist keine Altersgrenze zu setzen, sondern allein das Krankheitsbild ist maßgebend.</p>	<p>PatV: Zustimmende Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 12</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Siehe lfd. Nr. 12</p>	Siehe lfd. Nr. 12
17.	DIGAB	<p>Der von GKV, KBV, DKG vorgeschlagene Verweis auf §7 Absatz 1 Nr. 3 SGB VIII wird abgelehnt.</p> <p>Die Änderungsvorschläge hängen untrennbar miteinander zusammen und sind wie folgt begründet:</p>	<p>PatV: Zustimmende Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 12</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG:</p>	Siehe lfd. Nr. 12

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Bei den in Absatz 2 angesprochenen jungen Versicherten gibt es eine Vielzahl von Erkrankungen und Symptomkomplexe, mit deren pathophysiologischen Besonderheiten und Verlaufsdynamiken Fachärztinnen und Fachärzten ohne zusätzliche pädiatrische Expertise gemäß § 8 (2) 1.-4. in der Ausbildung und im beruflichen Alltag nie in Berührung gekommen sind. Dies betrifft insbesondere folgende Erkrankungsursachen mit Beeinträchtigung vitaler Funktionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genetisch begründetesyndromale Erkrankungen und komplexe Dysmorphien • Malformationen mit bulbären Kompressionssyndromen • Frühkindliche Epilepsieformen • Enzymdefekte (Stoffwechselstörungen, Speicherkrankheiten) mit neurodegenerativem Verlauf oder schwerer Malnutrition • Frühgeburtlichkeit mit extremer Lungenunreife • Pränatal (intrauterin) erworbene schwere Funktionsstörungen • Schwere perinatale Asphyxie mit hypoxischer Enzephalopathie <p>Je jünger Versicherte zum Beginn einer Erkrankung mit Bedarf an AKI sind, desto mehr treten die pathophysiologischen Besonderheiten und Verlaufsdynamiken in den Vordergrund, wodurch die Fachexpertise für eine Potenzialerhebung auf die in § 8 (2) 1.-4. genannten Fachärztinnen und Fachärzte zu begrenzen ist. In der spezialisierten Versorgung dieser Patientengruppe ist daher entsprechend der Gesetzesbegründung zum IPRG (BT-Drucksache 19/20720, Seite 55) eine Ausnahme von der starren Altersgrenze nach §7 Abs. 1 Nr. 3 GB VIII vorzusehen.</p> <p>Darüber hinaus können Erkrankungen und Symptomkomplexe bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit Erkrankungen erwachsener Versicherter hinsichtlich des Anspruchs auf AKI gemäß § 37c SGB V Ähnlichkeiten aufweisen, die eine Potenzialerhebung durch einen erweiterten Kreis von Fachärztinnen und Fachärzten entsprechend den Aufzählungen</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 12</p>	

c) Zu Absatz 2 Satz 1 Nummer 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
18.	DRK	<p>§ 8 neuer Absatz 2 Nr. 1:</p> <p><u>„Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Fachärzte Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Allgemeinmedizin“</u></p> <p>Gemäß § 2 der RiLi zielt die AKI auf die Versorgung an den in § 1 Abs. 4 genannten Orten. Um eine wohnortnahe Versorgung, insbesondere in ländlichen Räumen, sicherzustellen sind unbedingt weitere ärztliche Fachrichtungen einzubeziehen, welche auch bislang eine fachliche und zuverlässige Versorgung sichergestellt haben. Insbesondere in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bzw. Volljährigen mit entsprechendem Krankheitsbild ist die Versorgungskontinuität und personelle Stabilität von maßgebender Bedeutung und unbedingt zu ermöglichen.</p>	<p>GKV-SV, PatV:</p> <p>AKI bedürftige Kinder und Jugendliche haben komplexe und dauerhaft chronischen kindestypische Krankheitsbilder. Bei der Beurteilung des Potentials müssen die unterschiedlichen meist internistischen oder neurologischen Grunderkrankungen zusammen mit den spezifischer Kindesentwicklungen beurteilt werden. Die hierfür notwendigen Methoden- und Handlungskompetenzen sind kein Bestandteil der Weiterbildung von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Allgemeinmedizin.</p> <p>KBV, DKG:</p> <p>Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p>	Keine Änderung

d) Zu Absatz 2 Satz 1 Nummer 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
19.	DGM	<p>„Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der spezialisierten Zusatzweiterbildung zum Neuropädiater ...“</p> <p>Begründung: Verfügen über Expertise zu Entwicklungs- und Bewegungsstörungen, neuromuskulären Erkrankungen und Epilepsien insbesondere bei nicht invasiv beatmeten oder nicht beatmeten Kindern – und Jugendlichen.</p>	Neuropädiaterinnen und Neuropädiater sind von den Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit umfasst. Die gesonderte Erwähnung in der Richtlinie ist demnach nicht erforderlich.	Keine Änderung

e) Zu Absatz 2 Satz 1 Nummer 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
20.	DMPG	<p>„4. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten [GKV-SV: stationären] Einheit.“</p> <p>Hier ist aus paraplegiologischer Sicht anzumerken, dass der Begriff „einschlägig“ unbedingt im Verhältnis zur niedrigen Inzidenz querschnittgelähmter Kinder zu sehen ist. Aus diesen Gründen gibt es in Deutschland (mit interindividuellen Ausnahmegenehmigungen der Klinikbetreiber) in jedem zertifizierten Querschnittgelähmtenzentrum (QZ) die Möglichkeit der Behandlung pädiatrischer Patient*innen mit Betreuung durch stationäre, ambulante oder sonstige konsiliarisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Eine definierte und/oder sogar hohe Fallzahl an pädiatrischen Patient*innen kann somit NICHT gefordert bzw. bestimmt werden.</p>	Das Wort „einschlägig“ soll verdeutlichen, dass die 18-monatige Tätigkeit explizit auf das hier relevante Personenklientel ausgerichtet ist. Bestimmte Fallzahlen sind damit nicht verbunden.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Zuzüglich der/des Fachärztin/Facharztes nach o.g. Qualifikation wird von DMGP-Seite die Einbindung multiprofessioneller, vor Allem fachbezugspflegerischer und/oder atmungstherapeutischer Expertise mit intensiver und langjähriger Kenntnis der/des Patient*in empfohlen.		

B-5.1.1.3 Zu Absatz 2 Nummern 2, 3 und 4: [GKV-SV: stationären]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
21.	bpa	<p>Der bpa lehnt den Einschub des GKV-SV aus den bereits genannten Gründen ab. Vor dem Hintergrund der sehr geringen Dichte an stationären (Weaning-)Einheiten im gesamten Bundesgebiet bedeutet diese Einschränkung eine weitere Verkürzung des Versorgungsangebotes durch geeignete Fachärztinnen und Fachärzte.</p> <p>Es bleibt offen, wie für die zukünftige Versorgung diese fachlichen Voraussetzungen erfüllt werden sollen. Bereits heute herrscht ein erheblicher Mangel an diesen Fachärzten vor. Weaningzentren sind gegenwärtig weder ausreichend, was die vorliegenden Auslastungszahlen belegen, noch flächendeckend vorhanden. Das belegt auch die Antwort der Bundesregierung zu einer kleinen Anfrage der Linken im Bundestag bereits aus dem Jahr 2019, aus der sich ergibt, dass es in Deutschland lediglich 48 zertifizierte Weaningzentren gibt und darüber hinaus der Bedarf an Weaningzentren zum gegebenen Zeitpunkt von der Bundesregierung nicht eingeschätzt werden konnte. Wie die hier gesetzlich geplante qualitativ hochwertige medizinische Versorgung beatmeter oder tracheotomierter Intensivpflegepatienten umgesetzt werden soll, ist daher nicht ersichtlich.</p> <p>Gleichwohl wird deutlich, wo die bisherigen Mängel der Intensivpflege zu verorten sind, bei der unzureichenden ärztlichen Diagnose und der fehlenden fachärztlichen Therapie. Sofern dies auf die fehlende ausreichende Facharzttdichte zurückzuführen ist, wird eine vom GKV-SV geforderte Einschränkung weder zu weniger Versicherten mit intensiv-pflegerischem Versorgungsbedarf noch zu mehr Fachärzten oder Weaningzentren führen</p>	<p>GKV-SV, PatV, DKG, KBV:</p> <p>Der Stellungnahme wird teilweise gefolgt.</p> <p>Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene dürfen nicht schlechter versorgt werden als Erwachsene. Auch können Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in bestimmten Konstellationen von einer Beatmung entwöhnt werden. Daher haben auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Anspruch auf eine Potenzialerhebung nach § 37c Abs. 1 SGB V.</p> <p>Um ein Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial feststellen zu können, bedarf es zwingend einschlägiger Erfahrungen in diesem Bereich.</p>	<p>Änderung:</p> <p>§ 8 Absatz 2 Nr. 2., 3., 4.:</p> <p>„(...) auf einer hierfür spezialisierten [GKV-SV: stationären] Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum, (...)“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>Da das Weaning nur in Krankenhäusern durchgeführt wird, kann diese Erfahrung daher auch im stationären Kontext erlernt werden. Des Weiteren verweisen wir auf die Tragenden Gründe.</p> <p>siehe zudem lfd. Nr. 30</p>	
22.	bvkm	<p>Der bvkm spricht sich gegen den Vorschlag des GKV-SV aus, wonach die Expertise für die Potenzialerhebung auf „stationären“ Einheiten erworben werden muss.</p> <p>§ 8 AKI-RL regelt die Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte. Es geht in dieser Vorschrift nicht darum, welche Ärztinnen und Ärzte das Weaning oder eine Dekanülierung vornehmen dürfen. Maßgeblich für das Erwerben einer entsprechenden Expertise für die in § 8 Absatz 2 genannten Patientinnen und Patienten ist deshalb nach Auffassung des bvkm ausschließlich die Spezialisierung auf die Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen i.S.d. § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL. Diese Expertise kann auch in Versorgungssettings mit nicht-stationärem Charakter, die einen engen Bezug zu den betreffenden intensivpflegerischen Bedarfen haben, erworben werden.</p> <p>Darüber hinaus ist dem bvkm sehr daran gelegen, die Versorgung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen i.S.d. § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL auch nach dem 31.10.2023 weiterhin sicherzustellen. Eine Beschränkung des Erwerbs der Expertise auf Kinderintensivstationen und anderen stationären Einheiten gefährdet den Aufbau ausreichender Versorgungsstrukturen und widerspricht zusätzlich dem Ziel weiterer Ambulantisierung der Medizin.</p>	Siehe lfd. Nr. 21	Siehe lfd. Nr. 21

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
23.	Dt. Paritätischer Wohlfahrtsverband	<p>In § 8 Abs 2 Nr. 2.-4. sollte der Vorschlag des GKV SV, jeweils „stationäre“ einzufügen, nicht übernommen werden.</p> <p>In § 8 Abs. 2 wird festgelegt, durch welche zusätzlichen Ärztinnen und Ärzte bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 die Erhebung gemäß § 5 erfolgen darf. Eine Einschränkung auf Fachärztinnen und Fachärzte der genannten Disziplinen, die Erfahrung in stationären Einheiten gesammelt haben, erschwert es Patientinnen und Patienten ggf., ihre Versorgung sicherzustellen, da weniger Ärztinnen und Ärzte zur Erhebung berechtigt sein werden. Die Expertise der entsprechenden Ärztinnen und Ärzte ergibt sich aus ihrer Arbeit mit langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen. Diese Expertise kann auch in ambulant versorgenden sozialpädiatrischen Zentren und Hochschulambulanzen, die auf die Behandlung dieser Patientinnen und Patienten spezialisiert sind, erworben werden und ist nicht an stationäre Settings gebunden.</p>	Siehe lfd. Nr. 21	Siehe lfd. Nr. 21
24.	VDAB	Der VDAB e.V. unterstützt die Vorschläge von KBV, DKG und PatV, da die fachliche Qualifikation von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zur Beurteilung des Entwöhnungspotentials regelhaft auch im ambulanten Versorgungssetting erworben werden kann.	Siehe lfd. Nr. 21	Siehe lfd. Nr. 21
25.	DGM	<p>Unterstützung spezialisierte Einrichtung</p> <p>Hochschulambulanzen, neuromuskuläre Zentren und SPZ's arbeiten ambulant</p>	Siehe lfd. Nr.21	Siehe lfd. Nr. 21
26.	bad e.V.	Der bad e.V. begrüßt generell die angestrebten Änderungen zur Erhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, da hierdurch insbesondere die Versorgungssicherheit insgesamt erhöht werden dürfte. Gleichzeitig wird es jedoch als nicht zielführend angesehen, die einschlägig vorzuweisenden Tätigkeiten der zusätzlich aufgeführten Facharztstitel auf stationäre Einheiten zu begrenzen.	Siehe lfd. Nr. 21	Siehe lfd. Nr. 21

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Die Einschränkung auf stationäre Einheiten wird abgelehnt, da auch ambulante Weaning-Einheiten existieren und die Voraussetzung, dass die Teilnahme in einer Einheit für langzeitbeatmete oder trachealkanülierte, nicht beatmete Kinder und Jugendliche erfolgt sein muss, für das angestrebte Qualifikationserfordernis mehr als ausreichend erachtet wird.</p>		
27.	DRK	<p>Zur Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte „spezialisierten [GKV-SV: stationären] Einheiten“ Wir sprechen uns unbedingt für die Anerkennung von Erfahrungen in ambulant versorgende sozialpädiatrische Zentren sowie Hochschulambulanzen, soweit diese jeweils auf die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind, aus. Diese Versorgungsformen gehören zur Versorgungsrealität und eine qualitative Minderwertigkeit erschließt sich nicht.</p>	Siehe lfd. Nr. 21	Siehe lfd. Nr. 21
28.	DIGAB	<p>Die vom GKV-SV gewünschte Eingrenzung auf spezialisierte stationäre Einheiten ist abzulehnen. Entscheidend für das Erwerben einer Expertise für die in § 8 (2) genannten Altersgruppen ist hinsichtlich der Potenzialerhebung (und nicht der Durchführung von Weaning und Dekanülierung sowie Verbesserung der lebensqualitätsbezogenen Versorgung) die <u>Spezialisierung</u> auf die Behandlung von beatmeten und/oder tracheotomierten Versicherten. Dies kann auch in Versorgungszentren mit nicht-stationärem Charakter dafür aber engem Bezug zu den außer-klinischen Bedarfen erfolgen.</p>	Siehe lfd. Nr. 21	Siehe lfd. Nr. 21

B-5.1.1.4 Zusätzlicher Satz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
29.	DIGAB	<p>§ 8 Absatz 2, Satz 2 (neu): „Die Erhebung gemäß § 5 kann bei Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 auch durch die in § 8 Absatz 1 genannten Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden, wenn der körperliche Entwicklungsstand oder die Erkrankungs- oder Verletzungsart denen erwachsener Versicherter gleicht.“ [Begründung vgl. SN DIGAB lfd. Nummer 17]</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 10</p> <p>Dem Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Es wird ein neuer Satz 2 eingefügt, der Regelungen für den Personenkreis der jungen Volljährigen trifft.</p> <p>Zudem wird auf die Ausführung in den Tragenden Gründen verwiesen.</p>	<p>Änderung:</p> <p>„²Bei jungen Volljährigen kann die Erhebung nach §5 zusätzlich durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem entsprechend hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V oder

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
				2. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem entsprechend hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V.“

B-5.1.1.5 Zusätzlicher Absatz 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
30.	bvkm	<p>§ 8 Absatz 3 (neu) // Vorschlag für die Einfügung eines neuen Absatz 3</p> <p>Der bvkm schlägt vor, nach dem neuen § 8 Absatz 2 folgenden Absatz 3 einzufügen:</p> <p>„(3) Die Erhebung gemäß § 5 bei jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 und Absatz 2 genannten Personen durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:</p>	Siehe lfd. Nr. 29	Siehe lfd. Nr. 29

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>1. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 auf einer hierfür spezialisierten Einheit,</p> <p>2. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 auf einer hierfür spezialisierten Einheit.“</p> <p>Nicht erfasst vom neuen § 8 Absatz 2 werden Fachärztinnen und Fachärzte, die ihre Expertise in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL auf einer für diesen Personenkreis spezialisierten Einheit erworben haben. Auch solche Fachärztinnen und Fachärzte müssen jedoch nach Auffassung des bvkM dazu befugt sein, die Potenzialerhebung beim Personenkreis der jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL durchzuführen. Dies ist insbesondere auch deshalb geboten, weil bei diesem Personenkreis in der Regel eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist und die Potenzialerhebung deshalb ihren Schwerpunkt auf der Therapieoptimierung hat (vgl. § 5 Absatz 5 Satz 3 AKI-RL).</p> <p>Spezialisierte Einheiten in diesem Sinne können z.B. die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) sein (vgl. § 119c SGB V). Es handelt sich dabei - in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) - um ambulante Angebote, die sich fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung befinden und denjenigen Erwachsenen offenstehen, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Der besondere Auftrag der MZEB besteht in der multidisziplinären und multiprofessionellen Versorgung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung.</p> <p>Einige MZEB bilden bei ihrer Versorgung Schwerpunkte. So setzt das MZEB der Stiftung Pfennigparade z. B. einen besonderen Schwerpunkt auf die Versorgung von Menschen</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>mit außerklinischer Beatmung. Dort können im ambulanten Setting anspruchsvolle Beatmungskontrollen mit Blutgasanalyse, EDV-gestützter Trenddatenanalyse, nächtlicher PtcCO₂-Messung sowie Endoskopie und Elektroenzephalogramme (EEG) durchgeführt werden (vgl. https://www.pfennigparade.de/gesundheit/medizinisches-behandlungszentrum-mzeb/).</p> <p>Um es Fachärztinnen und Fachärzten, die auf solchen spezialisierten Einheiten Expertise in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 erworben haben, zu ermöglichen, eine Potenzialerhebung bei genau diesem Personenkreis durchzuführen, bedarf es für diese Fälle in einem neuen Absatz 3 einer zusätzlichen Erweiterung des Kreises der zur Potenzialerhebung befugten Ärztinnen und Ärzte. Diese Fachärztinnen und Fachärzte sollen nach Auffassung des bvkm bei jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL unter den genannten Voraussetzungen zusätzlich zu den bereits in § 8 Absatz 1 und Absatz 2 genannten Ärztinnen und Ärzten, die Potenzialerhebung durchführen dürfen.</p> <p>Geboten ist dies auch deshalb, um die Versorgung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen i.S.d. § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL nach dem 31.10.2023 weiterhin sicherzustellen. Eine Ausweitung des Erwerbs der Expertise in MZEB befördert den Aufbau ausreichender Versorgungsstrukturen. Der Vorschlag des bvkm ist deshalb auch prospektiv darauf ausgerichtet, dass sich künftig MZEB für die Versorgung von jungen Volljährigen i.S.d. § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL entsprechend aufstellen können.</p> <p>Im Übrigen gebietet der gesetzgeberische Auftrag des § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V, wonach in der AKI-RL nach Altersgruppen differenzierende Regelungen zu treffen sind, die besondere Berücksichtigung der Belange von jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL.</p>		

B-5.1.2 Stellungnahmen außerhalb des Stellungnahmeverfahrens

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
31.	DKHV	<p>Auch wenn die hier zur Stellungnahme gegebenen Änderungen in §8 sich nicht unmittelbar auf die geplante Übergangsfrist von der HKP- zur AKI-Versorgung beziehen, weisen wir noch einmal darauf hin, dass die medizinischen Strukturen, insbesondere für die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, nicht einmal ansatzweise für die allgemeinverbindliche Versorgung ab 31.10.2023 zur Verfügung stehen. Bereits in der Vergangenheit waren die Kapazitäten zur fachärztlichen Versorgung von langjährig beatmeten jungen Menschen nicht ausreichend vorhanden. Geplante Termine zur Beatmungskontrolle und Beatmungseinstellung wurden wiederholt verschoben oder abgesagt, weil zeitkritisch und lebensbedrohlich erkrankte Patienten bevorzugt berücksichtigt werden mussten. Mit großer Sorge beobachten wir, dass die Kapazitäten auf Kinderintensivstationen und in Einrichtungen der neuropädiatrischen Frühreha aktuell weiter abnehmen. Betroffene Familien berichteten uns zuletzt vermehrt, dass sie auch bei kritischer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihrer ständig lebensbedrohlich erkrankten Kinder keinen Platz auf einer Kinderintensivstation zur fachärztlichen Behandlung erhalten haben und zurück in die außerklinische Versorgung verwiesen wurden. Da insbesondere die Fachärztinnen und Fachärzte dieser überlasteten Einrichtungen künftig zusätzlich die Potentialerhebungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen vornehmen sollen, appellieren wir nachdrücklich dafür, die Übergangsfrist erneut zu prüfen und in angemessener Weise zu verlängern.</p>	<p>Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p>	<p>Keine Änderung</p>
32.	Selbsthilfe-Verband – FORUM Gehirn e. V.	<p>Ergänzung: § 8 Abs. 7</p> <p>„(7) Sofern aufgrund mangelnder ärztlicher Kapazitäten eine Potentialerhebung nicht rechtzeitig zum 30.10.2023 erfolgen kann, werden bestehende Versorgungsleistungen bis auf weiteres von den Krankenkassen fortgeführt. Die Krankenkassen werden in diesen Fällen Termine für die zur Verordnung erforderliche Potentialerhebung den Versicherten bei berechtigten Ärzten vermitteln. Dabei sind ambulante Termine am Versorgungsort</p>	<p>Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Siehe lfd. Nr. 1</p>	<p>Keine Änderung</p> <p>Siehe lfd. Nr. 1</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>zu gewährleisten. Die Potentialerhebung kann in diesen Fällen auch telemedizinisch durch einen geeigneten Arzt erfolgen.“</p> <p>Nach Konsultation aller uns zugänglichen Experten wird bezweifelt, dass trotz der intendierten Erweiterungen der zur Potentialerhebung befugten Ärzte ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen werden, um alle zur Fortführung bestehender Versorgungen erforderlichen Potentialerhebungen rechtzeitig durchzuführen. Die Selbstverwaltung wird daher aufgefordert, die erforderliche Versorgungssicherheit herzustellen und einen Verordnungs- wie auch Versorgungsabbruch auszuschließen. Dazu bedarf es der Ergänzung des § 8 um eine entsprechende Regelung.</p>		
33.	DMGP	<p>Qualifizierung unter dem Aspekt einer regelhaften Potentialerhebung 2x/Jahr auch bei unverändertem Lähmungsbefund</p> <p>Wie auch schon in der ersten GBA-Anhörung von DMGP-Seite dringend gefordert wurde, ist bei einer chronischen QSL eine neurologische Verbesserung, respektive ein Weaning- und/oder Dekanülierungspotential weder bei Erwachsenen noch bei pädiatrischen pädiatrischen Patient*innen zu erwarten. Somit wird von Expertenseite weiterhin die Notwendigkeit einer regelmäßigen Potentialerhebung bestritten und auch im Hinblick auf die Patientenbelastung NICHT empfohlen. Eine Dauerverordnung einer unveränderten Lähmungssituation ist hier zu empfehlen. Insbesondere gilt dieses für die pädiatrischen Patienten und deren besonderes vulnerables Umfeld.</p>	Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.	Keine Änderung

B-6 Mündliche Stellungnahmen

B-6.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikte

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 18. April 2023 eingeladen.

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

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 18. April 2023 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)	Herr Sven Liebscher	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
	Herr Thomas van der Most	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM)	Herr Joachim Sproß	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein
Bundesverband für kör- per- und mehrfachbe- hinderte Menschen e. V. (bvkm)	Frau Beate Bettenhau- sen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e. V.	Frau Roswitha Stille	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Herr Sebastian Lemme	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
Deutscher Kinderhospiz- verein e. V.	Herr Marcel Globisch, M.A.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend- medizin e. V. (DGKJ)	Herr Dr. med. Burkhard Rodeck	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
Gesellschaft für pädiatri- sche Pneumologie e. V. (GPP)	Herr Dr. Florian Stehling	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für au- ßerklinische Beatmung e. V. (DIGAB)	Herr Dr. med. A. Hakim Bayarassou	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Herr Dr. med. Paul Diese- ner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutsche Gesellschaft für Paraplegiologie	Herr Dr. Sven Hirschfeld	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

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

Frage 2: Beratungsverhältnisse

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

Frage 3: Honorare

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

Frage 4: Drittmittel

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

Frage 5: Sonstige Unterstützung

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

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

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

B-6.2 Wortprotokoll der Anhörung vom 18. April 2023

Wortprotokoll



**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des
Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der AKI-RL:
Qualifikationsanforderungen an die
potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der
Richtlinie**

Vom 18. April 2023

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	10:00 Uhr
Ende:	11:03 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)

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

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

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
Frau Pohlen

Intensivpflegeverband Deutschland e. V. (IPV)
Herr Liebscher
Herr van der Most

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM)
Herr Sproß

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

SelbstHilfeVerband - FORUM GEHIRN e. V.
Frau Stille
Herr Lemme

Deutscher Kinderhospizverein e. V.
Herr Marcel Globisch, M.A.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Burkhard Rodeck

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP)
Herr Dr. med. Stehling

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e. V. (DGPRP)

Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung e.V. (DIGAB)
Dr. med. Bayarassou

Beginn der Anhörung: 10:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserem Unterausschuss Veranlasste Leistungen. Wir starten zunächst mit der mündlichen Anhörung zu unseren Änderungsvorschlägen bzw. Beschlussentwürfen zur Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie. Schönen guten Morgen!

Ich würde zunächst aufrufen, um zu klären, wer da ist. Und zwar sind angemeldet für den Intensivpflegeverband Deutschland e. V. Herr Liebscher und Herr van der Most. – Guten Morgen!

Für die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke Herr Sproß. – Guten Morgen, Herr Sproß!

Für den Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen Frau Bettenhausen. – Guten Morgen, Frau Bettenhausen!

Für den SelbstHilfeVerband - FORUM GEHIRN e. V. Frau Stille und Herr Lemme. – Guten Morgen!

Dann für den Deutschen Kinderhospizverein Herr Globisch. – Guten Morgen, Herr Globisch!

Dann für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Herr Dr. Rodeck. – Schönen guten Morgen!

Für die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie Herr Dr. Stehling. – Er ist nicht anwesend.

Und dann für die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung Herr Dr. Bayarassou und Herr Dr. Diesener. – Guten Morgen!

Dann haben wir heute Morgen eine Nachmeldung erhalten, und zwar für die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie. Herr Hirschfeld ist zwar nachgemeldet, aber noch nicht anwesend. Das heißt, zwei Personen fehlen, und zwar waren das Herr Dr. Stehling und Herr Hirschfeld. – Gut.

Dann zunächst herzlichen Dank, dass Sie die Gelegenheit wahrnehmen, hier an unserer mündlichen Anhörung teilzunehmen. Einige Vorbemerkungen meinerseits: Wir erzeugen von dieser Anhörung eine Aufzeichnung, um hinterher ein Wortprotokoll erstellen zu können. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind. Das Wortprotokoll wird dann auch Bestandteil der zentralen Dokumentation und damit auch veröffentlicht werden.

Dann noch folgender Hinweis: Wenn Sie sich nachher, in der Diskussion, melden wollen – ich werde Ihnen allen zunächst die Gelegenheit für ein kurzes Statement geben –, wäre ich Ihnen dankbar und würde Sie darum bitten, von der Chat-Funktion Gebrauch zu machen, indem Sie dort ein Kreuzchen machen, dann haben wir Sie auf der Rednerliste. Für die Dame, die per Telefon zugeschaltet ist: Sie müssten dann reinrufen, wenn Sie sich zu Wort melden wollen.

Ansonsten bitte ich Sie darum, da es heute Morgen so viele sind, dass Sie jeweils kurz sagen, wer Sie sind, bevor Sie Ihren Wortbeitrag geben.

Zum Inhaltlichen: Vielen Dank für Ihre schriftlichen Stellungnahmen. Wir haben diese Stellungnahmen gelesen und sie gewürdigt. Es ist also nicht nötig, dass Sie Ihre gesamte Stellungnahme hier wiederholen, sondern es geht wirklich nur um die Essentials.

Zweitens: Unsere Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie ist ein umfangreiches Werk. Deshalb möchten wir nicht die gesamte Richtlinie und mögliche Schwierigkeiten diskutieren, sondern wirklich nur die Punkte, die wir auf Anregung von Ihnen, also auf Anregung von außen, geändert haben und die, wie Sie dem Beschlussentwurf entnommen haben, in Teilen auch noch Dissens sind. Wir möchten uns also auf diese Punkte heute konzentrieren und nicht

die gesamte Richtlinie noch mal diskutieren, denn das würde den Rahmen dieser Anhörung sprengen.

Dann frage ich noch einmal, ob Herr Dr. Stehling inzwischen da ist. – Herr Stehling ist nicht da. – Herr Hirschfeld, sind Sie inzwischen da? – Er ist auch noch nicht anwesend. – Dann erteile ich zunächst der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin das Wort. Herr Dr. Rodeck, Sie haben das Wort.

Herr Dr. med. Rodeck (DGKJ): Vielen Dank, Burkhard Rodeck, ich bin Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Wir haben zur heutigen Sitzung eigentlich wenig beizutragen. Das Einzige, worauf es uns ankommt, ist zum einen die Feststellung, dass der Kinder- und Jugendarzt nach Abschluss seiner Facharztausbildung eine Intensivzeit hinter sich hat, in der er Weaning erlernt hat. Es ist etwas anders als vielleicht in anderen Bereichen. Im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich gibt es die pädiatrischen Pneumologen, die aber nicht unbedingt spezifisch im Weaning ausgebildet sind, da gibt es noch zu wenig, sodass also die Langzeitentwöhnung meist in Kliniken stattfindet und im ambulanten Bereich im Moment noch nicht sehr etabliert ist.

Was die Kompetenz anderer Fachdisziplinen angeht, plädieren wir dafür, dass diese dann auch Erfahrungen im Weaning von Kindern gewonnen haben, bevor sie das dann umsetzen. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ganz herzlichen Dank, auch für die präzise und kurze Stellungnahme. – Dann erteile ich der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung das Wort. Herr Dr. Bayarassou.

Herr Dr. Bayarassou (DIGAB): Bayarassou ist mein Name, ich bin Lungenfacharzt, Schlaf- und Beatmungsmediziner und Präsident-elect in der DIGAB. Wir beschäftigen uns schon sehr lange mit diesem Thema und sind froh, dass Sie uns Gehör schenken.

Ich will es kurz machen: Ich lege den Fokus auf Erwachsene und Herr Diesener ist sehr aktiv in der Sektion Kinder und Jugendliche. Er würde jetzt direkt übernehmen und das abgesprochene Statement abgeben.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Herr Dr. Diesener, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Diesener (DIGAB): Vielen Dank. Ich bin Anästhesist und habe eine Frührehabilitation für Kinder und Jugendliche vor 30 Jahren aufgebaut mit Weaning- und Beatmungsplätzen. Wir haben in einem Schreiben vom 6. Juni 2022 an das Bundesministerium seitens der DIGAB beklagt, dass der Bereich Kinder und Jugendliche gerade in der Potenzialerhebung zu wenig repräsentiert ist, und wir befürchten, auch zu wenig Personen dort finden zu können, was Kollege Rodeck eben schon beim ambulanten Bereich erwähnt hatte.

Wir haben dann am 29. Juli letzten Jahres auf Anregung des Bundesministeriums ein Gespräch mit KBV-Vertreterinnen und -vertretern gehabt, wobei wir die Probleme dargestellt hatten, was dann zur Veränderung des § 8 im G-BA geführt hatte. Dort hatten wir noch mal aufgezählt, wie viele Einrichtungen unseres Erachtens überhaupt in der Lage sind, solche Dinge durchzuführen. Das waren praktisch nur sechs ambulante Stellen und 17 Kliniken, die wir gefunden haben; an sich müsste diese Aufstellung anderenorts geschehen. Und wir hatten einen Formulierungsvorschlag für § 8 gemacht, wobei wir damals noch fälschlicherweise geschrieben haben, dass zu den genannten Potenzialerhebungen bestimmte Qualifikationen aus dem Kinder- und Jugendbereich mit entsprechenden Zusatzqualifikationen gehören.

Wir haben es jetzt etwas präzisiert und gesagt, dass wir es grundsätzlich wünschen, dass der Kinder- und Jugendbereich wegen seiner Spezifität hinsichtlich der Erkrankungen und wegen des Alters berücksichtigt wird. Das heißt, wir haben eine doppelte Dynamik. Es gibt Erkrankungen, die auch von Erwachsenenmedizinerinnen und -medizinern beurteilt werden können, zum Beispiel aus der Traumatalogie und Tumorbehandlungen, während aber spezielle angeborene Erkrankungen, Syndromkomplexe, genetische Erkrankungen und

bestimmte neuromuskuläre Erkrankungen sehr spezifisch pädiatrisch sind und dort auch ins Alter, über das 27. Lebensjahr hinaus – das möchte ich betonen, deswegen haben wir das noch mal in die Begründung geschrieben – einer pädiatrischen Kompetenz bedürfen für die Potenzialerhebung, also dass wir eine betont doppelte Dynamik haben: einmal vom Alter her – je jünger, desto pädiatrischer – und je spezifisch pädiatrischer, desto pädiatrischer auch die Beurteilung; vielleicht ist das verständlich geworden. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Dr. Diesener. – Dann würde ich jetzt an den Intensivpflegeverband Deutschland e. V. übergeben, Herr Liebscher oder Herr van der Most.

Herr Liebscher (IPV): Sven Liebscher, ich bin Fachkrankenpfleger Anästhesie/Intensivmedizin und der Vorsitzende des Intensivpflegeverbandes. Letztlich kann man sich inhaltlich Dr. Diesener voll und ganz anschließen. Wir sind derselben Meinung: Es wird schwierig sein, in der Fläche die Fachärzte zu finden, die diese Tätigkeit nachher durchführen. Von daher ist es richtig, sich darüber Gedanken zu machen, wie man das nachher bewerkstelligen kann.

Ein Punkt, der uns noch wichtig ist, ist, dass man auf diese starre 18-Jahre-Grenze achten sollte, dass das kein Kriterium sein kann, um dort dann die Grenze zu ziehen. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Liebscher. – Herr van der Most, möchten Sie ergänzen?

Herr van der Most (IPV): Nein, ich würde jetzt erst mal nicht ergänzen, danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke Herr Sproß.

Herr Sproß (DGM): Guten Morgen! Also derzeit kann ich zu den schriftlichen Aussagen, die wir gemacht haben, nichts ergänzen, will nur ein paar Sachen wiederholen. Ich würde jetzt erst mal die Stellungnahmeverfahren weiterverfolgen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Okay. – Dann für den Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen Frau Bettenhausen.

Frau Bettenhausen (bvkm): Vielen Dank! Beate Bettenhausen vom Bundesverband, ich vertrete hier insbesondere die Familien und die Betroffenen selbst, die Erkrankungen von Geburt an bzw. im frühen Kindesalter erworben haben und die im Moment sehr um die Versorgung und mit Hinblick auf die Frist, bis zu der die AKI umgesetzt werden soll, in Sorge sind, wie sie das bewerkstelligen sollen.

Deswegen begrüßen wir es sehr, dass hier noch mal der Blick auf die Ärzte geworfen wird, welche die Potenzialerhebung durchführen dürfen, weil wir in der Praxis sehen, dass sich die Familien sehr schwertun, geeignete Fachärzte in ihrer Nähe zu finden. Deswegen ist es uns ein ganz besonderes Anliegen, dass dieser Personenkreis, und zwar ohne Altersbeschränkung, weiterhin Zugang zur pädiatrischen Versorgung hat, an die er jetzt schon angebunden ist.

Denn es handelt sich in der Regel um sehr komplexe Krankheitsbilder, bestehend von Geburt an oder im frühesten Kindesalter erworben. Und diese Kinder, Jugendlichen und auch noch jungen Erwachsenen sind vom kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand vielfach nicht altersgerecht entwickelt, dazu diese hochkomplexen Krankheitsbilder, die in der Pädiatrie umfassend und multidisziplinär versorgt werden. Wir plädieren sehr dafür, hierbei die Altersgrenze offen zu halten, um die pädiatrische Expertise zumindest noch hinzuziehen zu können. Und wir sehen da auch den Auftrag des Gesetzgebers, der das in Paragraphen so festgelegt hat.

Ich möchte diese große Besorgnis vonseiten der Familien und der Eltern hier darlegen, die mit großen Bedenken an diese kurze Frist um ihre Versorgungssicherheit besorgt sind und sehr

darauf hoffen, dass sie bei den ihnen bekannten Ärzten, die oftmals noch die Pädiater sind, vorerst verbleiben können.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Bettenhausen. – Dann gebe ich jetzt weiter an den SelbsthilfeVerband - FORUM GEHIRN, entweder Frau Stille oder Herr Lemme.

Herr Lemme (SHV-FG): Den Ausführungen von Frau Bettenhausen können wir uns in weiten Teilen anschließen. Wir sehen, dass die Erweiterungen, die Sie vorgenommen haben, nicht ausreichend sind, um für die Pflegefälle eine Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Wir fordern die Selbstverwaltung noch mal inständig auf, Strukturen zu fassen, die verlässlich und geeignet sind, damit bestehende Versorgungen nicht einen Versorgungsabbruch erleiden. Das ist für uns von zentraler Bedeutung.

Darüber hinaus müssen wir festlegen, dass wir selbst diejenigen Ärzte, die jetzt nach der Richtlinie befugt sind, das heißt, wenn wir eine formale Kapazität haben, gerade mit Erfahrungen im klinischen Bereich, dass diese Kapazitäten letztlich für Potenzialerhebungen nicht nutzbar sein werden, weil sich die Fragestellungen für die Klinikbetreiber ergeben, ob das in einem wirtschaftlichen Rahmen für die Kliniken nachhaltig ist. Also auch an dieser Stelle bitte noch mal nachbessern. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Lemme. – Frau Stille, möchten Sie ergänzen?

Frau Stille (SHV-FG): Ja, ich möchte ergänzen: Ich bin selbst pflegende Angehörige, habe einen Mann, der sich seit 30 Jahren im Wachkoma befindet und tracheotomiert ist. Ich habe jetzt gesehen: Diese Liste der potenzialerhebenden Ärzte ist freigeschaltet. Ich habe mal im Raum Magdeburg geguckt, da muss man bis Niedersachsen oder Thüringen fahren, um einen Arzt zu finden. Also ich habe die Befürchtung, dass für die vielen Altfälle, die diese Potenzialerhebungen benötigen, nicht genügend qualifizierte Ärzte zur Verfügung stehen, um das zeitnah praktisch alles durchzuführen. Und darum haben die Betroffenen natürlich Angst, dass Ihre Versorgung dann nicht sichergestellt ist.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Stille. – Dann für den Deutschen Kinderhospizverein Herr Globisch.

Herr Globisch (DKHV): Marcel Globisch vom Deutschen Kinderhospizverein, ich bin dort in der Geschäftsführung tätig und vertrete die Familien. Ungefähr 30 % der jungen Menschen, die wir begleiten, haben einen Intensivpflegebedarf.

Ich kann an vieles anknüpfen, was meine Vorredner gesagt haben. Uns ist es sehr wichtig, noch einmal einige Gründe aufzuführen, warum uns die konsiliarische Einbindung der bisher behandelnden Fachärzte so wichtig ist. Ein Punkt, der auch im § 5 Abs. 5 der AKI-Richtlinie genannt ist, ist, dass es bei Menschen, die kein Entwöhnungspotenzial haben – das gilt auch für viele unserer jungen Menschen –, schwerpunktmäßig um die Therapiekontrolle und -optimierung geht. Das heißt in dem Fall, dass es bei den Untersuchungen auch um Behandlungen geht und es da sehr wichtig ist, auf Ärztinnen und Ärzte zu treffen, die das entsprechende Kind kennen. Das heißt, es gibt sehr komplexe Erkrankungsbilder, Beatmungsparameter, die sehr gut im individuellen Fall angepasst sind.

Wir haben pathophysiologische Entwicklungen, also beispielsweise Skoliosen, Deformierungen oder auch psychomotorische Entwicklungen, da geht's zum Beispiel um Positionierungsanpassungen bei Rollstühlen, da ist eine hohe Expertise gefragt. Und das, was Eltern uns aus dem Alltag berichten, ist– wir haben eben von Altersgrenzen gesprochen –: Wenn die Kinder an die Erwachsenenmedizin überführt werden und die Ärztinnen und Ärzte das Kind nicht kennen, häufig Vorkehrungen getroffen werden, die dann eben nicht zum Wohl des Kindes, sondern eher zu Komplikationen beitragen. Von daher ist es ganz wichtig, dass wir vertraute Fachärztinnen und -ärzte haben, welche die jungen Menschen auch über das Kindesalter hinaus begleiten.

Zusammengefasst: Die konsiliarische Anbindung, das eine oder das andere, das wäre die Möglichkeit der telemedizinischen Zuschaltung der bekannten Fachärztinnen und Fachärzte der Kinder.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Globisch. – Dann Herr Dr. Stehling für die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. Herr Stehling, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Stehling (GPP): Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme. – Ich möchte sagen, dass ich das vom Prinzip total gut und wichtig finde, das Potenzial oder Weaning oder Dekanülierungspotenzial zu erfassen, weil es das erste Mal ist, dass systematisch – insbesondere für das Kindesalter – darüber nachgedacht wird.

Wir haben aber ganz sicher – gerade in der Kinder- und Jugendmedizin – das Problem, dass es viel zu wenig Ärzte oder Zentren gibt, die überhaupt Weaning durchführen oder sich damit beschäftigen. Daraus ergeben sich aus meiner Sicht zwei Punkte. Zum einen: Kinder sind speziell und haben spezielle komplexe Krankheitsbilder. Daher ist es sicher so, dass Kinder- und Jugendärzte zumindest stark involviert sein müssen in die Frage nach Versorgung und Weaning. Zum anderen steht die Frage, wer die Potenzialerhebung wo macht: ob das niedergelassene Kinder- und Jugendärzte sein sollen, primär niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit kinderpneumologischer Weiterbildung; diese Gruppe ist wahrscheinlich zu klein.

Die nächste Frage wird sein, ob das attraktiv wird für diese Kinder- und Jugendärzte – oder mit Zusatzqualifikation Kinderpneumologie –, weil die Potenzialerhebung so, wie sie aufgeschrieben ist, sehr aufwendig ist und sicher nicht im Vorbeigehen für niedergelassene Ärzte durchführbar sein wird. Es ist ja jetzt schon so, dass die Versorgung dieser Patientengruppe eher unattraktiv ist, weil extrem aufwendig.

Und die Potenzialerhebung macht es noch mal deutlich aufwendiger. Hier ist sicher auch in den aufgeschriebenen Anforderungen oder Minimalanforderungen, wo technische Untersuchungen vorgesehen sind, eine Verzahnung mit Kliniken, zum Beispiel den wenigen spezialisierten Kliniken für Weaning, von den Niedergelassenen notwendig. Dann kann man sich sicher Konstrukte vorstellen, dass ein Teil davon in Kliniken – zum Beispiel sechsmonatlich/sechsmonatlich – und dann von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten mit kinderpneumologischer Weiterbildung oder so niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten durchgeführt wird.

Aber hier ist sicher eine enge Verzahnung mit den wenigen Zentren, die das Weaning durchführen wollen oder müssen, notwendig. Und das ist mir ein ganz wichtiger Punkt: dass wir in der Kinder- und Jugendmedizin eine ganz andere Situation als in der Erwachsenenmedizin haben. Da gibt es keine zertifizierten Weaning-Zentren. Es gibt bis jetzt keine Struktur. Und bis jetzt ist es für die Kinderkliniken eher unattraktiv, diese Patientenklintel zu versorgen. Hier muss sich also grundsätzlich etwas ändern. Hier müssen Strukturen geschaffen werden, damit Weaning überhaupt durchgeführt werden kann.

Und für die Potenzialerhebung bedeutet das ganz konkret, dass wir eine aus meiner Sicht enge Zusammenarbeit brauchen zwischen Kliniken und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten, optimalerweise natürlich mit der Zusatzweiterbildung Kinderpneumologie.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme, Herr Stehling. – Jetzt frage ich noch einmal, ob Herr Hirschfeld für die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie inzwischen anwesend ist.

Herr Hirschfeld (DMGP): Einen schönen guten Morgen! Entschuldigung für die Verspätung, das war technisch etwas schwierig. – Ich freue mich, dass ich heute etwas zur querschnittslähmungsspezifischen Sicht und Medizin sagen darf; wir hatten unsere Stellungnahme abgegeben.

Zunächst zu § 5 Abs. 2 Punkt 4, der Formulierung „weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten trachealkanülierten nichtbeatmeten Kindern“, und zwar entscheidend auf einer hierfür spezialisierten Einheit. Wir haben im Bereich Querschnittslähmung sowieso eine relativ niedrige Inzidenz von ca. 2000 bis 2500 frischen Querschnittslähmungen, akuten Querschnittslähmungen pro Jahr. Aus paraplegiologischer Sicht ist hier anzumerken, dass der Begriff „einschlägig“ unbedingt im Verhältnis zur noch niedrigeren Inzidenz querschnittsgelähmter Kinder zu sehen ist.

Aus diesen Gründen gibt es in Deutschland aufgrund der interindividuellen Ausnahmegenehmigung der Klinikbetreiber zwar in jedem zertifizierten Querschnittsgelähmtenzentrum die Möglichkeit der Behandlung pädiatrischer Patientinnen und Patienten, auch mit Betreuung durch stationäre ambulante oder sonstige konsiliarisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte, jedoch eine definierte oder sogar hohe Fallzahl an pädiatrischen Patienten kann somit nicht gefordert und bestimmt werden. Also ein absolutes „N“ wird es hier nicht geben.

Aber ich bin mittlerweile 30 Jahre in der Behandlung querschnittsgelähmter Menschen tätig und das durchgehend und habe in meinem gesamten ärztlichen Leben ca. 15 pädiatrisch beatmete oder intensivpflegerisch betreute Kinder behandelt. Insofern ist das sicherlich eine Zahl, die auch für andere Kollegen im Bereich der DMGP repräsentativ ist.

Dazu kommt, dass wir an ausschließlich für spezialisierte Kinderbetreuung zertifizierten Querschnittsgelähmtenzentren maximal eines bis zwei für die gesamte bundesdeutsche Fläche haben. Insofern noch mal: Die einschlägige Zahl oder eine hohe Zahl kann hier nicht gefordert werden von Menschen, die jetzt die Dekanülierung oder das Weaning-Potenzial in irgendeiner Weise einschätzen sollen.

Zudem haben wir in der ersten G-BA-Anhörung noch mal gesagt, dass bei chronischen Querschnittslähmungen leider eine neurologische Verbesserung oder ein Weaning – und damit auch Dekanülierungspotenzial – weder bei Erwachsenen noch bei pädiatrischen Patienten zu erwarten ist.

Rein aus der medizinischen Expertise wissen wir, dass nach unverändertem kompletten Lähmungsbefund nach spätestens anderthalb Jahren ein chronifizierter Zustand erreicht ist und die sogenannten Wunder, auf die wir alle hoffen, ausbleiben. Somit wird von unserer Expertenseite im Bereich Querschnittslähmung auch weiterhin die Notwendigkeit einer ganz regelmäßigen Potenzialerhebung bei solchen chronifizierten Patienten bestritten und auch im Hinblick auf die Patientenbelastung nicht empfohlen.

Eine Dauerverordnung einer unveränderten Lähmungssituation ist hier unsererseits zu empfehlen; bei tatsächlich eintretenden Verbesserungen kann sofort in Spezialzentren oder vonseiten Niedergelassener oder vonseiten Atmungstherapeuten im häuslichen Bereich reagiert und in den Zentren verifiziert werden.

Insbesondere sehen wir dies gerade für pädiatrische Patienten und ihr besonders vulnerables Umfeld als extrem wichtig; für die Erwachsenen sehen wir das genauso. Aber bei pädiatrischen Patienten ist insbesondere der Transport zu Zentren oder zu irgendwelchen Spezialisten, die im Regelfall, wenn wir Glück haben, nur einige Kilometer weiter oder im Regelfall auch Hunderte von Kilometern zu visitieren sind, einfach unabdingbar.

Letztlich haben wir zuzüglich der Fachärztinnen und Fachärzte nach oben genannter Qualifikation von DMGP-Seite noch empfohlen, dass multiprofessionelle und vor allem fachpflegebezugs- und atmungstherapeutische Expertise eingebunden werden soll. Wer kennt denn die Kinder besser als die Atmungstherapeuten und Fachpflegekräfte vor Ort, die längst diese Menschen betreuen? Diese müssen eingebunden sein, auch diese Expertise muss gehört werden. – Danke.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Wir stehen immer wieder vor dem Problem, dass wir einerseits ganz viel Fachexpertise einbinden und für hohe Qualität sorgen sollen, andererseits wird darauf aufmerksam gemacht, dass es diese Menschen nicht gibt. Das ist ein grundsätzliches Problem, das zunehmend den G-BA vor nicht lösbare Aufgaben stellt. Das ist in diesem Fall auch so, das ist jetzt eine persönliche Bemerkung meinerseits. – Jetzt eröffne ich die Runde für mögliche Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses. – Die Patientenvertretung.

PatV.: Ich habe eine Frage an Frau Bettenhausen vom bvkm. Und zwar geht's mir noch mal um die Altersgrenze der jungen Volljährigen. Wir stehen ja als Patientenvertretung allein mit unserer Position. GKV, KBV und DKG sind ja der Auffassung, dass eine Altersgrenze erforderlich ist, um den Begriff der jungen Volljährigen zu operationalisieren. Vielleicht können Sie das noch mal näher ausführen.

Zweitens: Sie hatten angegeben, dass auch die Expertise der MZEBs, der dort tätigen Fachärztinnen und Fachärzte, berücksichtigt wird, das zielt ja auch ein bisschen auf die Frage der ambulanten Potenzialerhebung ab. Vielleicht können Sie noch mal ausführen, welche Ärzte Sie da speziell meinen.

Frau Bettenhausen (bvkm): Ja, gerne. Vielleicht darf ich noch eines hinzufügen, was ich bei meiner Vorstellung vergessen habe, mein Sohn möge es mir verzeihen: Ich bin Mutter eines inzwischen 30-jährigen Sohnes, der von Geburt an mit diesem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege lebt, auch wenn dies damals noch nicht so hieß und noch keine Versorgungsstrukturen in der Form vorhanden waren.

Trotzdem kann ich aus dieser noch völlig ungeordneten Zeit sagen, dass bei Kindern und Jugendlichen in aller Regel und in allen mir bekannten Fällen alles versucht wird, um sie wieder von einer Beatmung oder der Trachealkanüle zu entwöhnen. Und wer mal selbst bei solch einem Versuch dabei war – ich war das mehrmals –, der weiß, dass das wirklich schwierig ist mit anzusehen, wenn das eigene Kind unter Atemnot leidet. Das möchte ich noch mal voranschicken bei dieser Diskussion.

Diese Krankheitsbilder sind oft sehr komplex und betreffen nicht allein die Lunge, sondern es gibt hierbei auch Fehlbildungen, zum Beispiel im Bereich des Kehlkopfs, der Trachealkanüle, die sich nicht operativ haben beheben lassen – trotz entsprechender Versuche. Es geht um komplexe Syndrome, die angeboren sind, die man auch mit bester Therapie nicht vollständig in ihren Folgen beseitigen kann. Also oftmals verbleibt dann diese Dysphagie, die die Absaugpflicht beim Tracheostoma begründet.

Das sind also sehr komplexe Krankheitsbilder, die eine Multidisziplinarität bei den versorgenden Ärzten erfordern, so wie wir sie in den Kinderkliniken, in den SBZs regelhaft haben. Denn diese Kinder sind auch kognitiv nicht immer altersgerecht entwickelt. Auch der emotionale Stand ist nicht unbedingt altersgerecht. Und dann ist eine ärztliche Untersuchung – noch dazu von dieser Tragweite, wie eine Potenzialerhebung sie ja hat – für die Kinder schwierig zu verdauen, auch für die Familien. Die Sorge und die Not der Eltern übertragen sich in dieser Situation natürlich auf die Kinder. Deswegen ist es wichtig, dass da auch Weiterversorgungen stattfinden können.

Es ist gerade schon gesagt worden: Viele Familien nehmen lange Wege auf sich, um zu Ärzten zu fahren, die auf dieses Krankheitsbild spezialisiert sind, und sind ohnehin regelmäßig zu Kontrollen und in Behandlung. Das jetzt zu unterbinden, abubrechen und für die Potenzialerhebung zu einem unbekanntem Zentrum oder Arzt zu fahren, ist einfach nicht zumutbar für die Familien. Es ist auch nicht sachgerecht, weil sie ohnehin in dieser spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind.

Und weil das diese Krankheitsbilder sind, bei denen die Kinder auch nie ein anderes Leben erfahren haben außer mit dieser Atemunterstützung, mit der Trachealkanüle, ist es aus unserer Sicht ganz wichtig, dass die pädiatrische Expertise solange erhalten bleibt, wie sie

notwendig ist. Es wird sicherlich Situationen geben, in denen eine Entwicklung anders verläuft und auch ein dem Alter entsprechender Entwicklungsstand erreicht wird.

Es spricht nichts dagegen, wenn man sich dann umorientiert und Versorgungsstrukturen in der Nähe aus dem Erwachsenenbereich findet. In vielen Fällen ist das aber nicht der Fall. Es ist vielleicht noch nicht der Fall. Aber vor dieser Situation stehen wir jetzt in dieser Umsetzung. Deswegen ist es ganz wichtig für uns, dass es da keine Altersgrenze gibt. Sie ist auch nicht vom Gesetzgeber gewollt, das ist in der Gesetzesbegründung nachzulesen, dass hierbei speziell auf diesen Personenkreis der jungen Volljährigen abgestellt wird und eben keine Altersgrenze gezogen worden ist.

Zu den MZEBs, das sind noch recht junge Versorgungsstrukturen, die glücklicherweise geschaffen wurden und sich entwickeln. Es gibt bereits einzelne MZEBs, die den Schwerpunkt Beatmungsmedizin aufgenommen haben. In diesen MZEBs findet man eine ähnliche Struktur wie in den SBZs, sprich: Es gibt diesen multidisziplinären Blick von ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Seite. Das heißt, das sind ideale Anlaufstationen für Betroffene im Erwachsenenalter.

Die Mediziner, die dort tätig sind, sich den Schwerpunkt Beatmungsmedizin zu eigen gemacht haben und die entsprechende Expertise mitbringen, sind unseres Erachtens durchaus in der Lage, andere anzuleiten, sodass die Expertise auch durch die Tätigkeit in den MZEBs erworben werden kann. Denn oftmals – auch wieder aus der Erfahrung unserer Familien und unserer Mitgliedsorganisationen – erfolgt das anschließende Weaning nicht ausschließlich stationär. Es wird in der Häuslichkeit vorbereitet und auch die Nachbereitung findet dann in der Häuslichkeit statt, sprich: Die Erfolgskontrolle und der Erfolg können nur gegeben sein, wenn das auch langfristig außerhalb der Klinik funktioniert. Deswegen ist die ambulante Struktur da ganz wichtig, die muss auch beteiligt werden. Da können die MZEBs ein ganz wichtiger Versorgungsbaustein für die Zukunft sein.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ganz herzlichen Dank, Frau Bettenhausen, für die Ausführungen.– Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses?

PatV.: Ich habe eine Frage an Herrn Sproß von der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke. Sie haben sich in Ihrer Stellungnahme dafür ausgesprochen, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Weiterbildung zum Neuropädiater in die Liste der Facharztgruppen aufgenommen werden. In diesem Zusammenhang möchte ich gern die Frage stellen, ob nach Ihrer Erfahrung Neuropädiater ausschließlich auf stationären Einheiten arbeiten oder auch ambulant tätig sind.

Herr Sproß (DGM): Eine kurze Gegenfrage: Meinen Sie ambulant im Rahmen der Tätigkeit im Universitätsklinikum oder meinen Sie als niedergelassene Neuropädiater?

PatV.: Als niedergelassene oder auch im SZB zum Beispiel.

Herr Sproß (DGM): Neuropädiater sind ganz selten als niedergelassene – also aus unserer Kenntnis – Medizinerinnen bzw. Mediziner tätig. Wir gucken natürlich insbesondere im neuromuskulären Bereich. Und da wir uns da auch im Bereich der seltenen Erkrankungen bewegen, haben wir natürlich noch seltener die Möglichkeit, im ambulanten Bereich Medizinerinnen und Mediziner mit entsprechender Expertise zu finden. Also das ist sicherlich ein großes Problem bei uns. Insofern ist das mit der Versorgung dieses Patientenkreises auch eine schwierige Form im ambulanten Bereich.

Bei den SBZs ist es schon etwas anderes, die sind hauptsächlich an akademische Häuser angedockt, da sieht die Situation schon besser aus und da erfolgt eine Behandlung auch in ambulanter Form – je nachdem, wie das SBZ aufgestellt ist.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ist die Frage beantwortet?

PatV.: Ja, vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Dann Herr Rodeck, bitte, ebenfalls zu diesem Punkt.

Herr Dr. med. Rodeck (DGKJ): Eine kurze Ergänzung aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Es ist in der Tat so: Niedergelassene Neuropädiater gibt es in sehr überschaubarem Maße. Viele arbeiten an normalen Kliniken, haben dort zum Teil auch eine ambulante Ermächtigung, die aber für sich persönlich ausgestellt ist. Und ihre Arbeitsbelastung lässt es nicht zu, dass ganz viele Patienten dort angebunden sind. Und sehr viele arbeiten tatsächlich an sozialpädiatrischen Zentren. Also im Wesentlichen bestätigt dies das, was Herr Sproß gesagt hat.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herzlichen Dank für die Ergänzung, Herr Rodeck. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses?

PatV: Schönen guten Morgen! Ich hätte noch eine Frage an Herrn Stehling von der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. Der Kollege von der DIGAB, Herr Dr. Diesener, hatte in seiner Ausführung beschrieben, in welchem Umfang stationäre Einrichtungen verfügbar sind, die auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Beatmung oder Tracheostoma spezialisiert sind.

Sie haben davon gesprochen, dass bei Ihnen in der Fachgesellschaft Zentren bestehen oder sich im Aufbau befinden, die auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Beatmung spezialisiert sind. Können Sie uns vielleicht noch einen Überblick geben, wie viele solcher Zentren das sind? Und wie schätzen Sie die Ressourcen dieser Zentren ein, kurz- oder mittelfristig, Strukturen zu schaffen für eine ambulante Potenzialerhebung?

Herr Dr. Stehling (GPP): Vielen Dank für die Frage. Es ist tatsächlich so, dass es vereinzelte Kliniken oder Zentren gibt, die sich auf die Fahne geschrieben haben, auch außerklinisch beatmete und tracheotomierte Kinder und Jugendliche zu versorgen.

Wir haben vor zwei Jahren innerhalb der GPP eine Arbeitsgemeinschaft „Chronisch respiratorische Insuffizienz“ gegründet, daran sind ungefähr 10 bis 12 Zentren beteiligt, es gibt auch eine entsprechende Liste auf der Homepage. Es ist aber so, dass all diese Zentren sehr überlaufen sind. Sie werden schon gehört haben, dass die Zahl von außerklinisch beatmeten Kindern und Jugendlichen kontinuierlich wächst, in den letzten 15 Jahren – nach überschlägigen Zahlen – ungefähr um den Faktor 5 bis 15. Und wenn wir die Potenzialerhebung in den Kliniken machen müssen und diese alle sechs Monate durchführen müssen, wird das schlicht nicht ad hoc möglich sein.

Sie haben schon ausgeführt, dass das optimalerweise oder wenn es in den jetzigen Strukturen bestehen soll, nur in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderpneumologen oder Kinder- und Jugendmedizinerinnen geht. Aus meiner Sicht ist es aber absolut wünschenswert, dass diese zentralen Strukturen ausgebaut werden, ich habe dazu auch schon verschiedene Vorschläge in verschiedenen Gremien unterbreitet. Das geht aber natürlich nur mit entsprechender personeller – und damit letztendlich finanzieller – Ausstattung dieser Zentren.

Im Moment leben wir alle von dem mehr oder weniger persönlichen Engagement einzelner Kinder- und Jugendärzte in den Kliniken und der – ich sage es mal vielleicht etwas plakativ – Duldung der Versorgung dieser Kinder seitens der Leitungen, weil die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit außerklinischer Beatmung bei Weitem nicht kostendeckend ist und regelhaft von den MDKs beschnitten wird.

Das heißt zusammenfassend: Wir werden, wenn das in spezialisierten Zentren durchgeführt werden soll, eine Gegenfinanzierung benötigen, vor allen Dingen, weil wir mehr Personal, Ärzte und Atmungstherapeuten brauchen, die das machen können.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Stehling. Ist die Frage beantwortet?

PatV: Ja, ganz herzlichen Dank.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Gut. Dann gibt es noch eine Wortmeldung von Herrn Diesener von der DIGAB. Bitte.

Herr Dr. Diesener (DIGAB): Vielen Dank. Ich hatte sehr das Problem, dass wir unterscheiden müssen zwischen der Potenzialerhebung und der Behandlung. Das heißt, wenn Potenzial festgestellt wird, dann wird natürlich eine Behandlung in einem Zentrum – meist einem stationären Zentrum, aber auch auf ambulantem Wege ist das sicherlich möglich, in einem MZEB zum Beispiel oder in einem SBZ – erfolgen. Die Hauptqualifikation für die Behandlung von sowohl Beatmeten als auch Trachealkanülierten ist natürlich für die Behandlung notwendig.

Für die Potenzialerhebung ist zumindest die Kenntnis des Krankheitsbildes notwendig und eine Grobübersicht, also zumindest über das, wovon gesprochen wird. Das heißt, ein Erwachsenenmediziner mit einem Arnold-Chiari Typ II und dann Hirnstammläsion wird sagen „Das habe ich noch nie gesehen im Leben, das werde ich auch nicht“, und ich könnte mir vorstellen, dass auch ein Erwachsenenmediziner dann sagen wird „Aus Haftungsgründen werde ich mich da gar nicht hineinbegeben, hier ein Potenzial zu beurteilen, und werde das tunlichst abgeben an Leute, die was davon verstehen“ – Entschuldigung, dass ich das jetzt so deutlich sage. Aber für die Potenzialerhebung muss ein Mindestmaß an Kenntnis vorliegen.

Die Behandlung – das ist das Loch, in das wir hineinfallen, von dem Herr Stehling auch sprach, wobei wir für die auskömmliche Behandlung solcher Kinder und Jugendlichen in den Zentren nicht gerüstet sind – ist dann das zweite Problem. Das erste Problem ist: Wir brauchen zunächst einmal eine Lösung, die ansatzweise mit der Änderung des § 8 angesetzt ist und hoffentlich mit den von uns jetzt angeregten Änderungen eine Dynamik ermöglicht, damit dann eine genügende Zahl von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung steht, um diese zweimal jährlich stattfindenden Potenzialerhebungen durchzuführen. Damit hätte man zumindest diejenigen Kinder und Jugendlichen, bei denen von der Diagnose her, wie Herr Hirschfeld sagte, kein Potenzial besteht – zumindest auf sehr einfache Weise –, erst mal aus dieser Bugwelle, die auf uns zurollt, sodass man sich auf diejenigen konzentrieren kann, bei denen tatsächlich ein Potenzial zu erwarten ist.

Eine Anmerkung noch: Würde man von vornherein aus den Kliniken heraus die Kinder und Jugendlichen in entsprechende Reha-Zentren verlegen und das auch mit Nachdruck – also eine Frührehabilitation zum Beispiel verlegen –, hätte man vieles möglicherweise erspart, was man im Nachhinein in der Häuslichkeit erst nachrüsten muss, was man vielleicht in einem entsprechenden Reha-Aufenthalt durchführen könnte.

Über die Zahl der Plätze will ich jetzt nichts sagen. Wir hatten diese Erhebung, die wir aufgeführt haben, haben festgestellt, dass es noch 6 pädiatrische Einrichtungen in ganz Deutschland gibt für die Behandlung von neurologisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, die sich sowohl mit Trachealkanülen als auch mit Beatmung auskennen. Das heißt, diese Zentren, die beiden Bereiche, das Beatmungswaning und das Kanülenwaning, hinsichtlich der Dysphagiekompetenz abzudecken, das sind nur 6 und damit nicht viel. Also hier wird allein von der Behandlung her ein großer Engpass kommen. Für die Potenzialerhebung sehe ich mit unserem Vorschlag die Möglichkeit, dass wir zumindest diese Bugwelle bewältigen können.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann hat sich in der Ergänzung dazu Frau Bettenhausen noch mal gemeldet.

Frau Bettenhausen (bvkm): Danke schön. Wir haben jetzt aus ganz vielen Mündern gehört, wie schwierig die Versorgungssituation ist, wie wenig Strukturen es momentan gibt. Angesichts dieser ja doch prekären Situation würde ich noch mal sehr dafür plädieren, dass die bestehenden Versorgungen in der Pädiatrie auch altersunbegrenzt eröffnet werden, damit dort die Versorgung und Potenzialerhebung weiterhin erfolgen kann.

Für die Zukunft und die Frage, wie das gehen soll: Ich glaube, vorhin war in einer Frage noch angeklungen, wie man das operationalisieren kann: Es gibt ja durchaus Vorbilder, bei

angeborenen Herzerkrankungen zum Beispiel, wo die Kinderkardiologie auch bis ins Erwachsenenalter in der Versorgung bleibt, weil die Krankheitsbilder so speziell sind.

Genauso in der zystischen Fibrose, wo Erwachsene oft noch in den Kinderambulanzen weiterbehandelt werden – und sei es nur aus dem Grund, dass es keine geeigneten Strukturen im Moment gibt. Da sehen wir – aus unserer Sicht zumindest – eine sehr große Analogie zu den Kindern und Jugendlichen, die jetzt das Erwachsenenalter erreichen oder erreichen werden, mit Beatmung und Trachealkanüle. Auch da kann sich, wenn entsprechende Möglichkeiten geschaffen werden, für die Zukunft Neues entwickeln. Aber in der aktuellen Situation haben wir das noch nicht. Nur da wären eben Vorbilder, an denen man sich möglicherweise orientieren kann für die Zukunft.

Im Moment können wir nur feststellen, dass die Versorgungslage schwierig ist; die Pädiatrie ist bei diesen von uns vertretenen jungen Erwachsenen dringend erforderlich in der Zukunft.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Bettenhausen. – Herr Dr. Rodeck.

Herr Dr. med. Rodeck (DGKJ): Ich würde das gern ergänzen. Das trifft für diese Patientengruppe zu. Es gibt andere Patientengruppen, bei denen wir als Pädiater große Schwierigkeiten haben, im Rahmen der aktuellen Regulierungen und Gesetzgebung Patienten zu behandeln, die älter sind als 18 Jahre. Das bedeutet einen enormen bürokratischen Aufwand im Einzelfall, im vertragsärztlichen Bereich tätig werden zu können. Also auch das wäre etwas, was man bei der Patientengruppe, die wir heute besprechen, aus unserer Sicht absolut vermeiden sollte, sondern hier sollte die Altersgrenze nach oben hin offen sein.

Die Transition ist so, dass wir vielfach feststellen, dass wir zwar einen Bahnhof haben, an dem der Zug abfährt, das ist sozusagen die Pädiatrie in ihrer Gesamtheit, aber keinen Bahnhof haben, an dem der Patient ankommt, weil die entsprechenden Strukturen in der Erwachsenenmedizin nicht da sind oder nicht so da sind, wie diese Patientengruppe es erfordert.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Rodeck. Ich glaube, dieser Punkt ist jetzt deutlich geworden. – Gibt es weitere Fragen? – Gibt es weitere Wortmeldungen? – Frau Bettenhausen.

Frau Bettenhausen (bvkm): Vielen Dank. Ich fand das Bild mit dem Zug sehr schön, denn wir sitzen in diesem Zug als Familien mit den betroffenen Menschen und müssen uns darauf verlassen können, dass der Zug auch fährt und wir nicht auf einem Sackbahnhof landen oder auf dem Abstellgleis. Also meine große Bitte: Lassen Sie den Zug weiterfahren und schaffen Sie die Strukturen dafür.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Bettenhausen. – Die KBV.

KBV: Eine Frage: Wie viele Menschen jenseits der 27 Jahre betrifft diese Diskussion denn, die wir gerade führen?

Herr Dr. med. Rodeck (DGKJ): Vielleicht kann ich darauf antworten. Also genaue Zahlen kennen wir auch nicht. Aber es sind vielleicht Einzelschicksale – es sind natürlich immer Einzelschicksale –, die uns aber in unserem täglichen Leben immer wieder begegnen, nicht nur mir, auch meinen Kollegen in der Kinder- und Jugendmedizin. Das heißt, es ist ein relevantes Problem. Aber genaue Zahlen kann ich auch nicht nennen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen aus dem Unterausschuss? – PatV.

PatV: Ich wollte auf die Zahl noch einmal antworten, also nicht mit einer Ziffer, sondern sagen, dass es wirklich auf die Erkrankungsbilder ankommt. Wir haben die große Gruppe der SMA-Patienten, wir haben die große Gruppe der Muskeldystrophie, der Duchenne-Erkrankung, wo die Beatmungssituation nichtinvasive Beatmung wächst und wächst und diese Patientengruppen Schwierigkeiten haben, in der Zukunft versorgt zu werden.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Herr Stehling.

Herr Dr. Stehling (GPP): Ich muss noch einen Kommentar dazu abgeben, weil mir das wichtig ist: Wir haben vor ungefähr 15 bis 20 Jahren angefangen mit außerklinischer Beatmung in der Kinderheilkunde. Und wir wissen, dass der ganz überwiegende Teil dieser Patienten jetzt erfreulicherweise überlebt, das Erwachsenenalter erreicht. Und da haben wir tatsächlich ein ganz großes Problem. Wir – ich kann das nur von meinem Standpunkt sagen – dürfen keine Erwachsenen mehr betreuen, das ist eine Vorgabe, weil wir ansonsten ganz viele Kinderklinikbetten mit erwachsenen Patienten belegen würden.

Wir haben ein gutes Transitionsprogramm, das ist der zweite große Punkt, um den es hier geht. Es muss in Transitionsprogramme investiert werden und die müssen attraktiver gemacht werden für die Kliniken, damit es für die Patienten weitergeht. Aber im Moment wächst diese Patientengruppe der außerklinisch beatmeten jungen Erwachsenen sicher kontinuierlich und es ist überhaupt nicht zu erwarten, dass dieser Gruppe kleiner wird, sondern sie wird weiter kontinuierlich wachsen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Herr Hirschfeld.

Herr Hirschfeld (DMGP): Ich hätte gern noch etwas geäußert. Wie Herr Diesener eben sagte: Uns würde als Kliniker, aber auch als Außerkliniker extrem helfen – noch einmal –, wenn wir sogenannte chronifizierte Zustände als solche bezeichnen und sie nicht zweimal im Jahr sehen und auf Potenziale hin prüfen müssen. Allein das würde uns schon eine erhebliche Erleichterung geben und auch den Betroffenen die Sicherheit geben, dass der Zustand so, wie er ist, auch anerkannt wird.

Alles andere ist in meinen Augen eine unglaubliche Arbeitsbeschaffungsmaßnahme mit Zuständen, bei denen wir Mediziner uns fragen „Was soll das? Was machen wir hier für einen Unsinn, indem wir diese Menschen irgendeiner Untersuchung aussetzen, die definitiv medizinisch nicht notwendig ist?“. Ich bitte, das also auch noch mal im Ausschuss vorlegen zu lassen. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Das gibt mir jetzt die Gelegenheit, mich abschließend für die Stellungnahmen zu bedanken. Ich möchte an dieser Stelle noch einmal darauf aufmerksam machen, dass wir eine Richtlinie angefertigt haben auf Grundlage eines Gesetzes und wir den Spielraum, den wir bei der Formulierung einer Richtlinie haben, hierbei schon sehr weitgehend ausgenutzt haben; das meine ich jetzt im positiven Sinne.

Es gibt bestimmte Vorlagen, das wissen Sie alle, die sind im Gesetz enthalten, das ist insbesondere diese Prüfung des Potenzials. Und das ist übrigens auch der Zeitpunkt des Auslaufens der Gültigkeit der Verordnungen nach HKP-Richtlinie. Ich will an dieser Stelle nicht mit dem Finger zeigen, sondern möchte an dieser Stelle deutlich machen, dass wir uns auch diese Gedanken machen, wie es dann in der Versorgung aussehen wird. Ich kann Ihnen versichern, dass wir hier sehr aufmerksam und sehr konstruktiv diskutieren, welche Lösungen möglich sind. Es gibt allerdings bestimmte Vorgaben, die uns der Gesetzgeber gemacht hat, über die wir uns nicht einfach hinwegsetzen können.

Und wir haben ja bei den Patienten, bei denen es kein Potenzial für eine Entwöhnung gibt, auch einen anderen Zeitraum vorgesehen, da reden wir also nicht von „alle sechs Monate“. Sie wissen auch – ich habe diese Diskussion verstanden – um die Erwachsenen, die älter gewordenen Kinder mit bestimmten Störungen, auch das habe ich verstanden. Aber um das noch einmal klarzumachen – das wissen Sie aber auch: Wir sprechen in keiner Weise von 18 Jahren, sondern wir hatten eine Grenze von 27 Jahren in unserem Richtlinienentwurf. Aber selbstverständlich nehmen wir Ihre Wortmeldungen zur Kenntnis und werden sie sicher noch einmal sehr intensiv in der entsprechenden AG diskutieren. Aber ich mache noch einmal darauf aufmerksam, dass das Ganze nicht auf Initiative des G-BAs in vieler Weise so entstanden ist, sondern dass wir hier sehr kleinteilige gesetzliche Vorgaben haben; das wissen Sie aber auch.

Gut. Gibt es jetzt noch Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich ganz herzlich für Ihre Teilnahme, für die schriftlichen Stellungnahmen und dafür, heute an der mündlichen Anhörung teilgenommen zu haben, und wünsche Ihnen noch einen guten Tag. Machen Sie es gut!

Schluss der Anhörung: 11:03 Uhr

B-6.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in dieser Zusammenfassenden Dokumentation (ZD) in Abschnitt B unter B-1 bis B-6.2 dokumentiert. Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Auswertungstabelle zu den Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Abschnitt B-5.1 in der ZD).

C Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
Frau Carolin Rabethge
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Berlin, 04.04.2023

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430

Fax +49 30 400 456-455

E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd

Aktenzeichen: 872.010

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an
die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie**

Ihr Schreiben vom 14.03.2023

Sehr geehrte Frau Rabethge,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 14.03.2023, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zum Thema „Qualifikations-
anforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der AKI-RL“
gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin

Von: [Pohl, Claudia](#)
An: [REDACTED]
Betreff: AW: Org. gemäß § 92 Abs. 7g SGB V | Bitte um Stellungnahme | AKI-RL | Änderung der AKI-RL: Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie
Datum: Mittwoch, 15. März 2023 11:03:08
Anlagen: [image001.png](#)

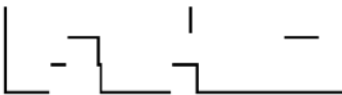
ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Guten Tag,
der AWO Bundesverband wird zu den Änderungen nicht Stellung nehmen.

Mit freundlichen Grüßen,

i.A. Claudia Pohl

AWO Bundesverband
Abt. Gesundheit/Alter/Behinderung
Referentin für Altenhilfe



www.awo.org

AWO Bundesverband e. V., Blücherstraße 62 - 63, 10961 Berlin
Eingetragen im Vereinsregister des Amtsgerichts Charlottenburg VR 29346 B
Bundesvorstand: Brigitte Döcker (Vorsitzende), Selvi Naidu, Claudia Mandrysch
Vorsitzende des Präsidiums: Kathrin Sonnenholzner, Michael Groß

Registrierte*r Interessenvertreter*in
[Lobbyregister-Eintrag des AWO Bundesverbandes e.V.](#)

Gemeinsam für eine gerechte Welt – Jetzt Solidarität zeigen!



Spendenkonto: IBAN: DE83 1002 0500 0003 2211 00 - Bank für Sozialwirtschaft
[Online spenden](#)

Bitte denken Sie an unsere Umwelt, bevor Sie diese E-Mail ausdrucken.



POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss

per E-Mail an:
aki@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herrn Lenz

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 28.03.2023

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1309

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Änderung AKI-RL Qualifikationsanforderungen nach § 8**

Sehr geehrte Frau Rabethge,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Zur Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL) - Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie - gebe ich aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

29340/2023

ZUSTELL- UND LIEFERANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn
VERKEHRSANBINDUNG Straßenbahn 61 und 65, Innenministerium
Bus 550 und SB60, Innenministerium



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen
Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die
potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie**

bpa e.V.	
04.04.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
zu § 8 Abs. 2 AKI-RL n.F.	<p>Die Anpassung von § 8 der AKI-RL durch die Ergänzung eines Abs. 2 n.F. zur eigenständigen Regelung der Qualifikationsanforderungen für Fachärzte im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wird grundsätzlich begrüßt. Der bpa verbindet damit grundsätzlich die Erwartung, dass mit der Erweiterung potentieller Behandler zur Potenzialerhebung ein größerer Kreis an Ärztinnen und Ärzten zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages bei der Behandlung von intensivpflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen.</p> <p>Die mit Beschluss des G-BA vom 20.10.2022 zeitlich befristete Übergangsregelung der Verordnungsmöglichkeit von außerklinischer Intensivpflege durch Ärztinnen und Ärzte ohne spezifische erweiterte Qualifikation lässt deutlich erkennen, dass die aktuelle Versorgungslandschaft die weitestgehend restriktiven Vorgaben der bestehenden AKI-RL nicht auch nur annähernd ohne eine Gefährdung der betroffenen Versicherten umsetzen kann. Insofern war es folgerichtig, aber auch vorhersehbar, die Verordnung bis zum 30.10.2023 weiterhin nach der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) zu ermöglichen. Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege von Kindern und Jugendlichen darf, wie insgesamt in dem ohnehin besonders sensiblen Versorgungsbereiches, die beschränkte Vorhaltung an fachärztliche Expertise letztendlich nicht zu Versorgungsausfällen führen.</p> <p>Der bpa hat nicht nur im Gesetzgebungsverfahren, sondern auch im Stellungnahmeverfahren zur AKI-RL sehr eindringlich darauf hingewiesen und davor gewarnt, dass entsprechende (fach-)ärztliche Strukturen zur Potenzialerhebung und Verordnung außerklinischer Intensivpflege weder gegenwärtig vorhanden sind, noch Anzeichen für eine absehbare Veränderung dieser fehlenden Fachärzte auch nur im Ansatz erkennbar ist. Zwar dürfte die nunmehr vorsichtig vorgenommene Verbreiterung und Präzisierung bestimmter</p>

bpa e.V.	
04.04.2023	
	<p>Facharztgruppen in der Kinder- und Jugendmedizin grundsätzlich geeignet sein, bestehenden bzw. absehbaren Engpässen in der Versorgung entgegenzuwirken. Inwieweit hierdurch tatsächlich eine ausreichende Anzahl von Fachärzten für die geforderte Diagnostik und Potentialanalysen zur Verfügung stehen wird, darf bezweifelt werden. Der G-BA ist auch daher gehalten, in zeitlich sehr engmaschigen Abschnitten zu überprüfen, ob die Voraussetzungen der Verordnung für eine adäquate Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit außerklinischer Intensivpflege durch die vorzunehmende Anpassung ausreichend Rechnung getragen werden. Die für den Bereich der Kinder- und Jugendlichen vorgenommene Öffnung der einzubeziehenden Facharztgruppen ist ebenso wie unser vorgeschlagenes Monitoring zur Versorgungssicherstellung in der AKI, auch für die übrigen Patientengruppen erforderlich.</p>
<p>§ 8 Abs. 2 n.F. GKV, KBV, DKG: im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Achstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)</p>	<p>Der Hinweis auf eine Altersbeschränkung von jungen Volljährigen nach § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII ist unseres Erachtens nicht nur entbehrlich, sondern darüber hinaus rechtsmissbräuchlich.</p> <p>Zurecht weist die PatV darauf hin, dass bei dieser Patientengruppe die hochkomplexen Krankheitsbilder bereits im Kinder- und Jugendalter ursächlich sind, so dass deren Entwicklung bereits sehr engmaschig durch die in § 8 Abs. 2 n.F. benannten Facharztgruppen begleitet werden. Es erscheint nicht sachgerecht, eine solche, sehr langjährige Arzt-Patienten-Beziehung durch eine starre Altersgrenze zu kappen.</p> <p>Die Gegenauffassung von GKV-SV, DKG und KBV einer notwendigen Altersbegrenzung im Sinne von § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII vermag nicht zu überzeugen. Warum bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand im Sinne von § 1 Abs. 3 Satz 2 der AKI RL vorliegt, mit Vollendung des 27. Lebensjahres unberücksichtigt bleiben soll, erschließt sich nicht. Der schlichte Hinweis auf die Notwendigkeit zu einer Klarstellung kann auch bei Abwägung der betroffenen Rechtsgüter nicht durchschlagen.</p> <p>Viel bedeutsamer in diesem Zusammenhang ist aber der Umstand, dass bereits der Gesetzgeber im Rahmen des IPReG die Altersbegrenzung von 27 Jahren für junge Volljährige</p>

bpa e.V.	
04.04.2023	
	<p>abgelehnt hat. Aus der Genese zum Gesetzgebungsverfahren ergibt sich, dass es zunächst im Gesetzentwurf zu § 37 c Abs. 1 Satz 8 SGB V wie folgt hieß:</p> <p><i>„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, <u>für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres</u>, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen...“</i></p> <p>Die Änderungen zur abschließenden Gesetzesfassung von § 37 c Abs. 1 Satz 8 SGB V erklärt der 14. Ausschuss wie folgt:</p> <p><i>„Die Änderung stellt sicher, dass die besondere Berücksichtigung der Belange junger Volljähriger in der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses nicht an die starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist. Ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters kann im Einzelfall auch vorliegen bzw. weiterbestehen, wenn die betreffende Person älter als 27 Jahre ist. Insofern ist hier nicht auf die einschränkende Begriffsdefinition des jungen Erwachsenen in § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII abzustellen.“</i></p> <p>Folglich wäre eine hier vorgenommene Bezugnahme auf § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII ein Verstoß gegen den Gesetzesbefehl zu § 37 c Abs. 1 Satz 8 SGB V und eine rechtsmissbräuchliche Umgehung des gesetzgeberischen Auftrages.</p> <p>Aus gutem Grund also enthält auch die AKI-RL eine wie in § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII bestehende beschränkende Begriffsdefinition junge Volljährige gerade nicht. Augenscheinlich kam es dem Richtlinienggeber ebenso wie dem Gesetzgeber bei Erstellung der Richtlinie darauf an, unabhängig vom Alter, allein auf die aus dem Kindes- und Jugendalter herrührenden Krankheitsbilder bzw. Entwicklungsstörungen abzustellen.</p>
§ 8 Abs. 2 Nr. 2, 3 und 4 n.F.	Der bpa lehnt den Einschub des GKV-SV aus den bereits genannten Gründen ab. Vor dem Hintergrund der sehr geringen

bpa e.V.	
04.04.2023	
GKV-SV: stationären (Einheit)	<p>Dichte an stationären (Weaning-)Einheiten im gesamten Bundesgebiet bedeutet diese Einschränkung eine weitere Verkürzung des Versorgungsangebotes durch geeignete Fachärztinnen und Fachärzte.</p> <p>Es bleibt offen, wie für die zukünftige Versorgung diese fachlichen Voraussetzungen erfüllt werden sollen. Bereits heute herrscht ein erheblicher Mangel an diesen Fachärzten vor. Weaningzentren sind gegenwärtig weder ausreichend, was die vorliegenden Auslastungszahlen belegen, noch flächendeckend vorhanden. Das belegt auch die Antwort der Bundesregierung zu einer kleinen Anfrage der Linken im Bundestag bereits aus dem Jahr 2019, aus der sich ergibt, dass es in Deutschland lediglich 48 zertifizierte Weaningzentren gibt und darüber hinaus der Bedarf an Weaningzentren zum gegebenen Zeitpunkt von der Bundesregierung nicht eingeschätzt werden konnte. Wie die hier gesetzlich geplante qualitativ hochwertige medizinischen Versorgung beatmeter oder tracheotomierter Intensivpflegepatienten umgesetzt werden soll, ist daher nicht ersichtlich.</p> <p>Gleichwohl wird deutlich, wo die bisherigen Mängel der Intensivpflege zu verorten sind, bei der unzureichenden ärztlichen Diagnose und der fehlenden fachärztlichen Therapie. Sofern dies auf die fehlende ausreichende Facharzttdichte zurückzuführen ist, wird eine vom GKV-SV geforderte Einschränkung weder zu weniger Versicherten mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf noch zu mehr Fachärzten oder Weaningzentren führen.</p>



bvkm, Brehmstraße 5 – 7 40239 Düsseldorf

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Veranlasste Leistungen
Frau Carolin Rabethge
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Brehmstr. 5-7
40239 Düsseldorf
T. 0211. 640 04-0
F. 0211. 640 04 20
info@bvkm.de
www.bvkm.de

Per E-Mail am 3. April 2023

Düsseldorf, den 3. April 2023

**Änderung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL)
Stellungnahme des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)**

Sehr geehrte Frau Rabethge,

in der vorbezeichneten Angelegenheit übersenden wir Ihnen anliegend die Stellungnahme des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) zur Änderung des § 8 der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL).

Die Änderung der AKI-RL nimmt der bvkm ferner zum Anlass, um auf drohende Versorgungsdefizite bei Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf hinzuweisen.

Hintergrund ist, dass am 31.10.2023 Art. 2 des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und damit eine Neufassung von § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in Kraft tritt, die zur Folge hat, dass Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ab diesem Zeitpunkt grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V haben. Ab diesem Zeitpunkt besteht dann für diesen Personenkreis nur noch ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V.

Nach den Regelungen der AKI-RL darf die außerklinische Intensivpflege für beatmete und trachealkanülierte Versicherte ab diesem Zeitpunkt nur noch durch einen kleinen Kreis von Fachärztinnen und Fachärzten verordnet werden. Hausärztinnen und Hausärzte sind ab dem 31.10.2023 nur noch verordnungsbefugt, wenn eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt und sie Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten nachgewiesen haben. Zudem muss grundsätzlich bei beatmeten und trachealkanülierten Versicherten mit jeder Verordnung ein etwaiges Entwöhnungspotenzial ermittelt werden. Der hierzu befugte Kreis an Fachärztinnen und Fachärzten ist sogar noch eingeschränkter und bedarf ebenfalls einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Bank für Sozialwirtschaft: 7 034 200 (BLZ 370 205 00), BIC: BFSWDE33XXX, IBAN: DE53 3702 0500 0007 0342 00
Vorstand: Beate Bettenhausen (Vorsitzende), Reinhold Scharpf (Stellv. Vorsitzender), Holger Jeppel, Katharina Müller, Nils Rahmlow, Petra Roth, Kerrin Stumpf

Die beteiligten Akteure im Gesundheitswesen arbeiten zwar derzeit mit Hochdruck daran, dass bis zum 31.10.2023 ausreichend Fach- oder Hausärztinnen und -ärzte über entsprechende Genehmigungen verfügen, um die Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf zu gewährleisten, doch steht zu befürchten, dass es nicht gelingen wird, bis zu dem besagten Stichtag geeignete Strukturen flächendeckend aufzubauen. Dies gilt im Besonderen für Kinder und Jugendliche in pädiatrischer Versorgung. Die Suche im Nationalen Gesundheitsportal (<https://gesund.bund.de/suchen/aerztinnen-und-aerzte>) nach entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten läuft bislang ins Leere und auch gezielte Nachfragen bei Kassenärztlichen Vereinigungen verlaufen häufig ergebnislos. Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf und ihre Angehörigen sind deshalb in großer Sorge darüber, wie sie ihre medizinische Versorgung ab dem 31.10.2023 sicherstellen sollen.

Wegen der hohen Eilbedürftigkeit in dieser Sache appelliert der bvkm deshalb dringend an den Gemeinsamen Bundesausschuss, sich dafür einzusetzen, dass die in Art. 5 Absatz 2 GKV-IPReG festgelegte Frist für das Inkrafttreten von Artikel 2 GKV-IPReG so lange verschoben wird, bis geeignete Strukturen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf aufgebaut sind, zumindest aber, die dort festgelegte Frist um mindestens ein Jahr zu verlängern.

Mit freundlichen Grüßen

Beate Bettenhausen
Vorsitzende

Dr. Janina Jänsch
Geschäftsführerin

Anlage:
Stellungnahme des bvkm zur Änderung des § 8 AKI-RL



**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen
Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die
potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie**

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	
3. April 2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 8 Absatz 2 // „junge Volljährige“</p> <p>Der bvkm spricht sich gegen den Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG aus, den Begriff der jungen Volljährigen altersmäßig eingrenzend „im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII“ zu verstehen und damit nur Erwachsene, die 18, aber noch nicht 27 Jahre alt sind, vom Anwendungsbereich der Vorschrift zu erfassen.</p>	<p>Der Begriff der „jungen Volljährigen“ ist in den Regelungszusammenhängen der außerklinischen Intensivpflege ganz bewusst in einer besonderen Art und Weise und ganz bewusst ohne eine bestimmte Altersgrenze definiert. Gemäß § 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V und gemäß dem diese Regelung aufgreifenden § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL sind unter diesem Begriff „junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt“ zu verstehen.</p> <p>Die ursprünglich noch im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehene Altersbeschränkung der jungen Volljährigen auf das 27. Lebensjahr (vgl. BT-Drucksache 19/19368, Seite 9) hat der Gesetzgeber explizit deshalb wieder herausgenommen, weil er sicherstellen wollte, dass die besondere Berücksichtigung der Belange junger Volljähriger in der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie nicht an die starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist. In der Begründung der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit heißt es dazu, ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters könne im Einzelfall auch vorliegen bzw. weiterbestehen, wenn die betreffende Person älter als 27 Jahre ist. Insofern sei hier nicht auf die einschränkende Begriffsdefinition des jungen Erwachsenen in § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII abzustellen (vgl. BT-Drucksache 19/20720, Seite 55). Der Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG, den Begriff der jungen Volljährigen einschränkend „im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII“ zu verstehen, läuft diesem explizit zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers offensichtlich zuwider und wird deshalb vom bvkm als nicht gesetzeskonform abgelehnt.</p> <p>Darüber hinaus sprechen auch fachliche Gründe gegen eine Beschränkung des Anwendungsbereichs der Vorschrift auf junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Menschen mit Behinderung, die von Geburt an oder aufgrund einer im</p>

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	
3. April 2023	
	<p>frühen Kindesalter erworbenen Behinderung einen Intensivpflegebedarf haben, sind in der Regel auch nach ihrem 27. Geburtstag nicht altersgemäß entwickelt. Die in der Vorschrift beschriebenen Krankheitsbilder verschwinden also nicht plötzlich, sobald sich der Mensch in seinem 28. Lebensjahr befindet.</p> <p>Die in § 8 Absatz 2 benannten Facharztgruppen sind mit den Besonderheiten dieser hochkomplexen Krankheitsbilder und der nicht regelhaften physiologischen und psychomotorischen Entwicklung dieser Patientinnen und Patienten vertraut. Sie haben insbesondere Erfahrung mit einer Vielzahl von Erkrankungen und komplexen Krankheitsbildern, denen Fachärztinnen und Fachärzte ohne pädiatrische Expertise im Berufsalltag in aller Regel nicht begegnen. Zu diesen Erkrankungen gehören z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwere cerebrale Schädigungen als Folge von Frühgeburt, Hirnblutung, Schädel-Hirn-Traumata, Gehirntumoren, schweren Infektionserkrankungen (z.B. Meningokokken, Streptokokken etc.), • Therapierefraktäre Epilepsien, • Zustand nach Beinahe-Ertrinken mit der Folge von schweren Epilepsien und/oder zentralen Atemstörungen und respiratorischer Insuffizienz und/oder Dysphagie, • Genetische Syndrome (z. B. Undine-Syndrom), • Stoffwechselerkrankungen (z. B. schwere Formen von Diabetes, Mukopolysaccharidosen, schwere Verlaufsformen von Mitochondriopathien etc.) in Verbindung mit kognitiven Einschränkungen, • Schwere Formen von Spina bifida, • Neuromuskuläre Erkrankungen (Muskeldystrophie Duchenne, Spinale Muskelatrophie etc.) <p>Bei diesen Erkrankungen ist eine dem Lebensalter entsprechende Entwicklung im Einzelfall nicht zwingend gegeben, so dass in diesen Fällen für die Potenzialerhebung auch bei jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL die pädiatrische Expertise (auch in Bezug auf den jeweiligen Verlauf) erforderlich ist.</p> <p>Hinzu kommt, dass die genannten Facharztgruppen in der Regel auch das kognitive und emotionale Entwicklungsalter ihrer</p>

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	
3. April 2023	
	<p>Patientinnen und Patienten im Blick haben. Grundlage für diese Betrachtungsweise ist das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit, welches unter „psycho“ auch den emotionalen Entwicklungsaspekt umfasst. Basierend auf dem emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand werden Verhaltensweisen verständlich und international gebräuchliche Diagnosesysteme anwendbar. Beispielsweise kann oppositionell-ablehnendes Verhalten bei einem mentalen Referenzalter von circa drei Jahren der Entwicklung entsprechend und ohne Krankheitswert sein. Die Kenntnis des emotionalen Referenzalters kann helfen, die gezeigten Verhaltensweisen zu entschlüsseln und diagnostisch einzuordnen (Quelle: https://www.aerzteblatt.de/archiv/211019/Medizinische-Versorgung-von-Menschen-mit-Intelligenzminderung).</p> <p>In der Diagnostik und der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten, deren Entwicklungsstand auch im Erwachsenenalter dem eines Kindes entspricht, ist die besondere Expertise der Kinder- und Jugendmedizin mit ihren Schwerpunktfächern daher auch für eine Potenzialerhebung unerlässlich.</p> <p>Im Ergebnis spricht sich der bvkm deshalb gegen den Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG aus, den Begriff der jungen Volljährigen „im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII“ zu verstehen und damit nur Erwachsene, die 18, aber noch nicht 27 Jahre alt sind, vom Anwendungsbereich der Vorschrift zu erfassen.</p>
<p>§ 8 Absatz 2 // Änderungsvorschlag</p> <p>Der bvkm schlägt vor, § 8 Absatz 2 wie folgt zu fassen:</p> <p>Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 {GKV, KBV, DKG: im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)} kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen erfolgt grundsätzlich durch folgende an der</p>	<p>Fachärztinnen und Fachärzte, die aufgrund ihrer Ausbildung oder aufgrund einschlägiger Tätigkeit über die in § 8 Absatz 2 genannte pädiatrische Expertise verfügen, sind mit hochkomplexen Krankheitsbildern, die seit Geburt bzw. früher Kindheit bestehen, und mit deren Auswirkungen auf die Entwicklung vertraut. Diese pädiatrische Expertise ist für die Potenzialerhebung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL wesentlich. Daher sind Potenzialerhebungen bei diesen Patientinnen und Patienten grundsätzlich durch die in § 8 Absatz 2 benannten Fachärztinnen und Fachärzte durchzuführen. Bei jungen Volljährigen, bei denen die Erkrankung seit früher Kindheit besteht, die körperliche, kognitive und emotionale Entwicklung aber dem Lebensalter entspricht, soll bei der Überleitung von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin die pädiatrische Expertise</p>

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	
3. April 2023	
vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:	konsiliarisch einbezogen werden. Die Möglichkeiten der Telemedizin sind zu nutzen.
§ 8 Absatz 2 Nr. 2.-4. // „stationären“ Der bvkm spricht sich gegen den Vorschlag des GKV-SV aus, wonach die Expertise für die Potenzialerhebung auf „stationären“ Einheiten erworben werden muss.	<p>§ 8 AKI-RL regelt die Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte. Es geht in dieser Vorschrift nicht darum, welche Ärztinnen und Ärzte das Weaning oder eine Dekanülierung vornehmen dürfen. Maßgeblich für das Erwerben einer entsprechenden Expertise für die in § 8 Absatz 2 genannten Patientinnen und Patienten ist deshalb nach Auffassung des bvkm ausschließlich die Spezialisierung auf die Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen i.S.d. § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL. Diese Expertise kann auch in Versorgungssettings mit nicht-stationärem Charakter, die einen engen Bezug zu den betreffenden intensivpflegerischen Bedarfen haben, erworben werden.</p> <p>Darüber hinaus ist dem bvkm sehr daran gelegen, die Versorgung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen i.S.d. § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL auch nach dem 31.10.2023 weiterhin sicherzustellen. Eine Beschränkung des Erwerbs der Expertise auf Kinderintensivstationen und anderen stationären Einheiten gefährdet den Aufbau ausreichender Versorgungsstrukturen und widerspricht zusätzlich dem Ziel weiterer Ambulantisierung der Medizin.</p>
§ 8 Absatz 3 (NEU) // Vorschlag für die Einfügung eines neuen Absatz 3 Der bvkm schlägt vor, nach dem neuen § 8 Absatz 2 folgenden Absatz 3 einzufügen: (3) Die Erhebung gemäß § 5 bei jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 und Absatz 2 genannten Personen durch	Nicht erfasst vom neuen § 8 Absatz 2 werden Fachärztinnen und Fachärzte, die ihre Expertise in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL auf einer für diesen Personenkreis spezialisierten Einheit erworben haben. Auch solche Fachärztinnen und Fachärzte müssen jedoch nach Auffassung des bvkm dazu befugt sein, die Potenzialerhebung beim Personenkreis der jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL durchzuführen. Dies ist insbesondere auch deshalb geboten, weil bei diesem Personenkreis in der Regel eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist und die

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	
3. April 2023	
<p>folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:</p> <p>1. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 auf einer hierfür spezialisierten Einheit,</p> <p>2. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 auf einer hierfür spezialisierten Einheit.</p>	<p>Potenzialerhebung deshalb ihren Schwerpunkt auf der Therapieoptimierung hat (vgl. § 5 Absatz 5 Satz 3 AKI-RL).</p> <p>Spezialisierte Einheiten in diesem Sinne können z.B. die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) sein (vgl. § 119c SGB V). Es handelt sich dabei - in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) - um ambulante Angebote, die sich fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung befinden und denjenigen Erwachsenen offenstehen, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Der besondere Auftrag der MZEB besteht in der multidisziplinären und multiprofessionellen Versorgung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung.</p> <p>Einige MZEB bilden bei ihrer Versorgung Schwerpunkte. So setzt das MZEB der Stiftung Pfennigparade z. B. einen besonderen Schwerpunkt auf die Versorgung von Menschen mit außerklinischer Beatmung. Dort können im ambulanten Setting anspruchsvolle Beatmungskontrollen mit Blutgasanalyse, EDV-gestützter Trenddatenanalyse, nächtlicher PtcCO₂-Messung sowie Endoskopie und Elektroenzephalogramme (EEG) durchgeführt werden (vgl. https://www.pfennigparade.de/gesundheits/medizinisches-behandlungszentrum-mzeb/).</p> <p>Um es Fachärztinnen und Fachärzten, die auf solchen spezialisierten Einheiten Expertise in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 erworben haben, zu ermöglichen, eine Potenzialerhebung bei genau diesem Personenkreis durchzuführen, bedarf es für diese Fälle in einem neuen Absatz 3 einer zusätzlichen Erweiterung des Kreises der zur Potenzialerhebung befugten Ärztinnen und Ärzte. Diese Fachärztinnen und Fachärzte sollen nach Auffassung des bvkm bei jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL unter den genannten Voraussetzungen zusätzlich zu den bereits in § 8 Absatz 1 und Absatz 2 genannten Ärztinnen und Ärzten, die Potenzialerhebung durchführen dürfen.</p> <p>Geboten ist dies auch deshalb, um die Versorgung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten jungen Volljährigen i.S.d. § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL nach dem 31.10.2023 weiterhin sicherzustellen. Eine Ausweitung des</p>

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)	
3. April 2023	
	<p>Erwerbs der Expertise in MZEB befördert den Aufbau ausreichender Versorgungsstrukturen. Der Vorschlag des bvkm ist deshalb auch prospektiv darauf ausgerichtet, dass sich künftig MZEB für die Versorgung von jungen Volljährigen i.S.d. § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL entsprechend aufstellen können.</p> <p>Im Übrigen gebietet der gesetzgeberische Auftrag des § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V, wonach in der AKI-RL nach Altersgruppen differenzierende Regelungen zu treffen sind, die besondere Berücksichtigung der Belange von jungen Volljährigen im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 2 AKI-RL.</p>



Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.	
31.03.23	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
In § 8 Abs 2 Satz sollte der Vorschlag von GKV, KBV und DKG „(...) im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) (...)“ nicht übernommen werden.	Im Rahmen der parlamentarischen Befassung mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber explizit Wert darauf gelegt, sicher zu stellen, dass in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss die Berücksichtigung der besonderen Belange junger Volljähriger nicht an eine starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist (vgl. BT-Drucksache 19/20720). Es sei daher nicht auf die einschränkende Begriffsdefinition des jungen Erwachsenen in § 7 Abs. 1 Nr. 3 des Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) abzustellen (ebd.). Ziel des Gesetzgebers war es, auch in Einzelfällen, in denen ein typisches Krankheitsbild des Kindes- und Jugendalters auch bei Personen vorliegt, die älter als 27 Jahre sind, die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Dementsprechend sieht die Richtlinie bisher diese Einschränkung nicht vor.
In § 8 Abs 2 Nr. 2.-4. sollte der Vorschlag des GKV SV, jeweils „stationäre“ einzufügen, nicht übernommen werden.	In § 8 Abs. 2 wird festgelegt, durch welche zusätzlichen Ärztinnen und Ärzte bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 die Erhebung gemäß § 5 erfolgen darf. Eine Einschränkung auf Fachärztinnen und Fachärzte der genannten Disziplinen, die Erfahrung in stationären Einheiten gesammelt haben, erschwert es Patientinnen und Patienten ggf., ihre Versorgung sicherzustellen, da weniger Ärztinnen und Ärzte zur Erhebung berechtigt sein werden. Die Expertise der entsprechenden Ärztinnen und Ärzte ergibt sich aus ihrer Arbeit mit langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen. Diese Expertise kann auch in ambulant versorgenden sozialpädiatrischen Zentren und Hochschulambulanzen, die auf die Behandlung dieser Patientinnen und Patienten spezialisiert sind, erworben werden und ist nicht an stationäre Settings gebunden.



Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie

IPV Intensivpflegeverband Deutschland e.V.	
31.03.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Wir begrüßen die Änderung der AKI RL ausdrücklich. Allerdings sind wir der Meinung das die Änderungen zu kurz greifen.	Auch bei den Erwachsenen ist bis heute nicht erkennbar, wie die Menge der Potenzialerhebungen durchgeführt werden sollen. Die Anzahl der bisher registrierten Ärzte lässt den Schluss zu, das dies nicht möglich sein wird.
Die Altersgrenze von 18 Jahren, darf keine harte Grenze sein, ab der die Potenzialerhebung nach den Kriterien der Erwachsenen durchgeführt werden muss.	
Wir regen außerdem an bei progredient fortschreitenden Erkrankungen die Pflicht zur Potenzialerhebungen auszusetzen.	Hiermit würden Ressourcen für Intensivpflegebedürftige mit echtem Potenzial frei.



Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie

Deutscher Kinderhospizverein e.V.	
01.04.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. stimmt der geplanten Änderung in §8 der AKI-RL vorbehaltlich nachstehender Änderungsvorschläge zu.	
Der von GKV, KBV und DKG vorgeschlagene Verweis auf die Altersgrenze nach §7 Absatz 1 Nummer 3 SGB VIII wird abgelehnt.	<p>Der Deutsche Kinderhospizverein hat schon in seiner Stellungnahme vom 20.7.2021 darauf hingewiesen, dass bei Versicherten, die seit dem Kindesalter chronisch auf eine intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, häufig ein nicht regelhafter psychomotorischer und physiologischer Entwicklungsstand vorliegt, der eine hochgradig spezialisierte und interdisziplinäre Behandlung erfordert.</p> <p>Während die langjährig behandelnden pädiatrischen Fachärzt*innen auf die mit den komplexen Krankheitsfolgen verbundenen spezialisierten Anforderungen eingestellt sind, können diese Erfahrungen bei anderen Facharztgruppen nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden.</p> <p>Da bei jungen Volljährigen, insbesondere nach jahrzehntelanger Beatmungsroutine, die Erhebungen vorrangig der Beatmungskontrolle und Verbesserung der Lebensqualität dienen, sind in diesen Fällen Kenntnisse des Versorgungsverlaufs sowie der besonderen Anforderungen erforderlich, um mit der Therapiekontrolle verbundene Komplikationen für die Versicherten zu vermeiden.</p> <p>Die Begründung zum Gesetzesbeschluss stellt dabei ausdrücklich klar, dass die spezialisierte Versorgung junger Volljähriger mit AKI-Bedarf nicht an die starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist. Ebenso wie in anderen pädiatrischen Spezialdisziplinen, wie beispielsweise bei angeborenen Herzerkrankungen, ist daher auch in der AKI eine Ausnahmeregelung für die pädiatrische Versorgung dieser Patientengruppe ohne Altersbeschränkung vorzusehen.</p>

Deutscher Kinderhospizverein e.V.	
01.04.2023	
<p>Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen soll durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:</p> <p>1. -4. (wie Vorschlag GBA)</p>	<p>Fachärzt*innen mit pädiatrischer Qualifikation gemäß § 8 Absatz 2 verfügen über Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit angeborenen oder im Kindesalter erworbenen Erkrankungen, die eine Beatmung oder Trachealkanüle als Form der ärztlichen Therapie erfordern. Diese spezifischen Fachkenntnisse umfassen auch Kompetenzen im Umgang mit den individuellen Behandlungsverläufen, den speziellen physiologischen und psychomotorischen Entwicklungsständen sowie den kognitiven Fähigkeiten und der psychosozialen Situation der jungen Menschen und der sie begleitenden Angehörigen. Die Erhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen soll daher regelhaft durch diese Fachärzt*innen erfolgen.</p> <p>Wenn die Erhebung unter Berücksichtigung individueller Anforderungen, wegen regionaler Besonderheiten oder zum Zweck der Überleitung aus der pädiatrischen Versorgung in die Regelversorgung der Erwachsenenmedizin durch Fachärzt*innen nach § 8 Absatz 1 erfolgen soll, ist hierfür eine koordinierte Überleitung, ausgerichtet am individuellen Bedarf der Versicherten, erforderlich. Diese kann beispielsweise durch konsiliarische Einbindung von bisher an der pädiatrischen Versorgung beteiligte Fachärzt*innen erfolgen.</p>
<p>Auch wenn die hier zur Stellungnahme gegebenen Änderungen in §8 sich nicht unmittelbar auf die geplante Übergangsfrist von der HKP- zur AKI-Versorgung beziehen, weisen wir noch einmal darauf hin, dass die medizinischen Strukturen, insbesondere für die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, nicht einmal ansatzweise für die allgemeinverbindliche Versorgung ab 31.10.2023 zur Verfügung stehen. Bereits in der Vergangenheit waren die Kapazitäten zur fachärztlichen Versorgung von langjährig beatmeten jungen Menschen nicht ausreichend vorhanden. Geplante Termine zur Beatmungskontrolle und Beatmungseinstellung wurden wiederholt verschoben oder abgesagt, weil zeitkritisch und lebensbedrohlich erkrankte Patienten bevorzugt berücksichtigt werden mussten. Mit großer Sorge beobachten wir, dass die Kapazitäten auf Kinderintensivstationen und in Einrichtungen der neuropädiatrischen Frühreha aktuell weiter abnehmen. Betroffene Familien berichteten uns zuletzt vermehrt, dass sie auch bei kritischer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihrer ständig lebensbedrohlich erkrankten Kinder keinen Platz auf einer Kinderintensivstation zur fachärztlichen Behandlung erhalten haben und zurück in die außerklinische Versorgung verwiesen wurden. Da insbesondere die Fachärztinnen und Fachärzte dieser überlasteten Einrichtungen künftig zusätzlich die Potentialerhebungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen vornehmen sollen, appellieren wir nachdrücklich dafür, die Übergangsfrist erneut zu prüfen und in angemessener Weise zu verlängern.</p>	



**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen
Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die
potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie**

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)	
03.04.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 8 Abs. 2</p> <p>2. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten [GKV SV: stationären] Einheit,</p> <p>3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten [GKV SV: stationären] Einheit oder</p> <p>4. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder</p>	<p>Der VDAB e.V. unterstützt die Vorschläge von KBV, DKG und PatV, da die fachliche Qualifikation von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zur Beurteilung des Entwöhnungspotentials regelhaft auch im ambulanten Versorgungssetting erworben werden kann.</p>

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)	
03.04.2023	
trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten [GKV SV: stationären] Einheit.“	

Von: [REDACTED]
An: [REDACTED]
Cc: [aki](#)
Betreff: AW: DGPRP | Stellungnahmeberechtigte Org. gem. VerfO | Bitte um Stellungnahme | Änderung in § 8 der AKI-RL
Datum: Montag, 3. April 2023 16:09:21
Anlagen: [image001.png](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Frau Sieber,

die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V. (DGPRP) und das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) bedanken sich für die Möglichkeit, zur geplanten Änderung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie, Stellungnahme im Einzelfall gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses abzugeben.

Wir haben keine Einwände gegen die geplanten Änderungen.

Mit freundlichen Grüßen

Friederike Neugebauer
Geschäftsführerin

.....

Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.
Friedrichstraße 171 - 10117 Berlin

[REDACTED]

Web: www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Vereinsregister: Amtsgericht Berlin-Charlottenburg Nr. VR 36215B

Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG Med Reha)

Diese E-Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen und ist ausschließlich für den/die Adressaten/-in bestimmt. Wenn Sie nicht der/die bestimmungsgemäße Adressat/-in sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den/die Absender/-in und vernichten Sie diese E-Mail. Das unberechtigte Lesen, Speichern, Kopieren sowie das Weiterleiten dieser E-Mail und/oder jegliche Verwendung ihres Inhaltes ist nicht gestattet.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen
Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die
potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie**

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.	
28.03.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.
§8 Absatz 2 Satz/Punkt3	Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der spezialisierten Zusatzweiterbildung zum Neuropädiater Begründung: Verfügen über Expertise zu Entwicklungs- und Bewegungsstörungen, neuromuskulären Erkrankungen und Epilepsien insbesondere bei nicht invasiv beatmeten oder nicht beatmeten Kindern – und Jugendlichen.
Unterstützung spezialisierte Einrichtung	Hochschulambulanzen, neuromuskuläre Zentren und SPZ's arbeiten ambulant



Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie

SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V.	
04.04.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Ergänzung: § 8 Abs. 7</p> <p>Sofern aufgrund mangelnder ärztlicher Kapazitäten eine Potentialerhebung nicht rechtzeitig zum 30.10.2023 erfolgen kann, werden bestehende Versorgungen bis auf weiteres von den Krankenkassen fortgeführt. Die Krankenkassen werden in diesen Fällen Termine für die zur Verordnung erforderliche Potentialerhebung den Versicherten bei berechtigten Ärzten vermitteln. Dabei sind ambulante Termine am Versorgungsort zu gewährleisten. Die Potentialerhebung kann in diesen Fällen auch telemedizinisch durch einen geeigneten Arzt erfolgen.</p>	<p>Nach Konsultation aller uns zugänglichen Experten wird bezweifelt, dass trotz der intendierten Erweiterungen der zur Potentialerhebung befugten Ärzte ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen werden, um alle zur Fortführung bestehender Versorgungen erforderlichen Potentialerhebungen rechtzeitig durchzuführen. Die Selbstverwaltung wird daher aufgefordert, die erforderliche Versorgungssicherheit herzustellen und einen Verordnungs- wie auch Versorgungsabbruch auszuschließen. Dazu bedarf es der Ergänzung des § 8 um eine entsprechende Regelung.</p>



Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie

Deutschesprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP)	
03.04.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>1.) Zu §5 Absatz 2. Punkt4.:</p> <p>„weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten [GKV-SV: stationären] Einheit.“</p>	<p>Hier ist aus paraplegiologischer Sicht anzumerken, dass der Begriff „einschlägig“ unbedingt im Verhältnis zur niedrigen Inzidenz querschnittgelähmter Kinder zu sehen ist. Aus diesen Gründen gibt es in Deutschland (mit interindividuellen Ausnahmegenehmigungen der Klinikbetreiber) in jedem zertifizierten Querschnittgelähmtenzentrum (QZ) die Möglichkeit der Behandlung pädiatrischer Patient*innen mit Betreuung durch stationäre, ambulante oder sonstige konsiliarisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Eine definierte und/oder sogar hohe Fallzahl an pädiatrischen Patient*innen kann somit NICHT gefordert bzw. bestimmt werden.</p>
<p>Qualifizierung unter dem Aspekt einer regelhaften Potentialerhebung 2x/Jahr auch bei unverändertem Lähmungsbefund</p>	<p>Wie auch schon in der ersten GBA-Anhörung von DMGP-Seite dringend gefordert wurde, ist bei einer chronischen QSL eine neurologische Verbesserung, respektive ein Weaning- und/oder Dekanülierungspotential weder bei Erwachsenen noch bei pädiatrischen pädiatrischen Patient*innen zu erwarten. Somit wird von Expertenseite weiterhin die Notwendigkeit einer regelmäßigen Potentialerhebung bestritten und auch im Hinblick auf die Patientenbelastung NICHT empfohlen. Eine Dauerverordnung einer unveränderten Lähmungssituation ist hier zu empfehlen. Insbesondere gilt dieses für die pädiatrischen Patienten und deren besonderes vulnerables Umfeld.</p>
<p>„weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht</p>	<p>Zuzüglich der/des Fachärztin/Facharztes nach o.g. Qualifikation wird von DMGP-Seite die Einbindung multiprofessioneller, vor Allem fachbezugsplegerischer und/oder atmungstherapeutischer Expertise mit</p>

Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP)	
03.04.2023	
beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten [GKV-SV: stationären] Einheit.“	intensiver und langjähriger Kenntnis der/des Patient*in empfohlen.



Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)	
03.04.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erfolgen:</p> <p>wird ersetzt durch:</p> <p>Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 erfolgt durch folgende Ärztinnen und Ärzte:</p>	<p>Grundsätzlich ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit außerklinischer Beatmung nicht geregelt. Aktuell werden Kinder und Jugendliche mit außerklinischer Beatmung in einzelnen Zentren versorgt, was aufgrund fehlender Strukturen und fehlender kostendeckender Finanzierung auf das persönliche Engagement einzelner Kliniken (und deren Ärzte) zurückzuführen ist. Wenn eine kontinuierliche Betreuung einer Beatmungstherapie/–entwöhnung erfolgt, dann wird dies überwiegend in diesen Kliniken aus altruistischem Engagement durchgeführt. Grundsätzlich müssen die das (Weaning-)Potential erhebenden Ärzte eine definierte Anlaufstelle haben, wo die Beatmungstherapie begleitet oder das Weaning durchgeführt werden kann.</p> <p>Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und müssen daher medizinisch von Kinderärzten betreut werden. Gerade Krankheitsbilder, die eine chronisch respiratorische Insuffizienz bedingen, sind häufig komplexe pädiatrische Krankheitsbilder, die pädiatrischer Expertise auch im Kontext der Atemstörung benötigen.</p> <p>Die Beatmungstherapie und (Beatmungsentwöhnung) ist erst in der letzten Fassung (01.07.2020) in die Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie aufgenommen worden, so dass nicht alle ambulant (vertragsärztlich tätigen) Kinder-Pneumologen die Beatmungstherapie und Beatmungsentwöhnung vollumfänglich abbilden können. Daher werden die niedergelassenen Kinder-Pneumologen nicht selten auf Klinikärzte (der oben genannten Zentren) zurückgreifen wollen, so dass Klinikärzte auch Potentialerhebungen durchführen müssen.</p> <p>Vor 2 Jahren hat sich die Arbeitsgemeinschaft „chronisch respiratorische Insuffizienz“ innerhalb der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie gegründet, die unter anderem das Ziel hat Versorgungsstrukturen für außerklinisch beatmete Kinder zu verbessern. Hierfür wird mit den Potentialerhebungen ein Anfang gemacht, was wir sehr begrüßen.</p>

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)	
03.04.2023	



Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.	
04.04.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Der bad e.V. begrüßt generell die angestrebten Änderungen zur Erhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, da hierdurch insbesondere die Versorgungssicherheit insgesamt erhöht werden dürfte. Gleichzeitig wird es jedoch als nicht zielführend angesehen, die einschlägig vorzuweisenden Tätigkeiten der zusätzlich aufgeführten Facharzttitle auf stationäre Einheiten zu begrenzen.	Die Einschränkung auf stationäre Einheiten wird abgelehnt, da auch ambulante Weaning-Einheiten existieren und die Voraussetzung, dass die Teilnahme in einer Einheit für langzeitbeatmete oder trachealkanülierte, nicht beatmete Kinder und Jugendliche erfolgt sein muss, für das angestrebte Qualifikationserfordernis mehr als ausreichend erachtet wird.

Von: [Info DGP](#)
An: aki
Cc: [REDACTED]
Betreff: AW: DGP | Stellungnahmeberechtigte Org. gem. VerFO | Bitte um Stellungnahme | Änderung in § 8 der AKI-RL
Datum: Dienstag, 4. April 2023 15:18:51

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Einladung, Stellung zu den Änderungen in der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) zu nehmen. Unsere Fachgesellschaft wird nach Prüfung der Unterlagen keine Stellungnahme abgeben.

Mit freundlichen Grüßen
i.A. Robert Stein

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
German Respiratory Society

Robert-Koch-Platz 9 | 10115 Berlin | Tel: [REDACTED]
<mailto:info@pneumologie.de> | <https://pneumologie.de>



Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen
Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die
potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie

DRK-Generalsekretariat	
31.03.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Begriff „junge Volljährige“ [KBV, DKG: im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)]	Wir begrüßen die Änderungen, welche den Bedarfen betroffener Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen gerecht werden sollen und die separaten Ausführungen zu entsprechenden Fachärzten. Gleichwohl bekräftigen wir die Position der PatV, dass die Altersgrenze nicht starr bei einem Alter von 27 Jahren gezogen werden kann. Ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters kann im Einzelfall auch vorliegen bzw. weiterbestehen, wenn die betreffende Person älter als 27 Jahre ist, unter Umständen bis ans Lebensende. Insofern ist keine Altersgrenze zu setzen sondern allein das Krankheitsbild ist maßgebend.
§ 8 neuer Absatz 2 Nr. 1 „Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Fachärzte Hals-Nasen- Ohren-Heilkunde oder Allgemeinmedizin“	Gemäß § 2 der RiLi zielt die AKI auf die Versorgung an den in § 1 Abs. 4 genannten Orten. Um eine wohnortnahe Versorgung, insbesondere in ländlichen Räumen, sicherzustellen sind unbedingt weitere ärztliche Fachrichtungen einzubeziehen, welche auch bislang eine fachliche und zuverlässige Versorgung sichergestellt haben. Insbesondere in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bzw. Volljährigen mit entsprechendem Krankheitsbild ist die Versorgungskontinuität und personelle Stabilität von maßgebender Bedeutung und unbedingt zu ermöglichen.
Zur Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte „spezialisierten [GKV-SV: stationären] Einheiten“	Wir sprechen uns unbedingt für die Anerkennung von Erfahrungen in ambulant versorgende sozialpädiatrische Zentren sowie Hochschulambulanzen, soweit diese jeweils auf die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind, aus. Diese Versorgungsformen gehören zur Versorgungsrealität und eine qualitative Minderwertigkeit erschließt sich nicht.

DRK-Generalsekretariat	
31.03.2023	
Sonstiges	
<p>Grundsätzlich möchten wir anmerken, dass die Änderungen der AKI-RL vom 19. November 2021 einschneidende Veränderungen in der Versorgung erzeugt haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die regelhafte Verordnungsdauer von 6 Monaten (anstatt 12 Monaten) erzeugt einen hohen bürokratischen Mehraufwand und führt zu zusätzlichen Belastungen der Betroffenen und deren Angehörigen sowie zu erheblichem organisatorischen Mehraufwand bei Ärzten und Leistungserbringern. - Die Qualifikationsanforderungen an potentialerhebende und verordnende Ärzte dünnt die Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen aus. Es ist bereits spürbar, dass sich die Kapazitäten der verordnenden Ärzte sinkt und eine lückenlose Versorgung schwierig wird. Gleichsam geraten verordnende Ärzte durch den bürokratischen Mehraufwand und die Übernahme von Patienten, deren bisherige Ärzte nun nicht mehr verordnen können, an Kapazitätsgrenzen. <p>Das DRK regt an, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene Übersichten vorhalten aus denen Einrichtungen, wie auch Angehörige erkennen können, welche Ärzte namentlich gemäß §8 der RiLi qualifiziert sind Potentialerhebungen durchzuführen. Bislang sind nicht in allen Bundesländern solche Übersichten öffentlich zugänglich. Die Übersichten würden langwierige Recherchen vermeiden und würden helfen Versorgungslücken bzw. -brüche zu vermeiden.</p>	



**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen
Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die
potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie**

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)	
04.04.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8, Absatz 2	<p>Die DGKJ geht prinzipiell davon aus, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen dem Facharztstandard folgen sollte; dass Kinder und Jugendliche also durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin medizinisch betreut werden sollten. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte durchlaufen während ihrer Facharzt-Weiterbildung auch verpflichtende Zeit in der Intensivmedizin, wo sie Kenntnisse in invasiver und nicht-invasiver Beatmung und Entwöhnung erlangen. Für § 8, Abs. 2 wäre unsere Position, dass diese Zeit auf der Intensivstation mindestens 12 Monate umfassen sollte. Im Optimalfall würden wir hier v. a. die Kinder-Pneumologen sehen, deren Anzahl allerdings begrenzt ist.</p> <p>Alle anderen Fachärztinnen und -ärzte (auch Anästhesistinnen und Anästhesisten) sollten, wie Punkt 4 es vorsieht, eine 18-monatige einschlägige Tätigkeit „in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit“ aufweisen.</p> <p>Unsere Position stellt einen Kompromiss dar zwischen Qualifikationsanforderungen, die wir als Fachgesellschaft anstreben, und der realistischen Einschätzung der Anzahl der Ärztinnen/Ärzte, die diese sehr spezialisierte Kenntnisse vorweisen können.</p> <p>Darüber hinaus schließen wir uns der Stellungnahme der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie an und führen unsere Position bei der mündlichen Anhörung näher aus.</p>



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**Stellungnahme zur Änderung der Außerklinischen
Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL): Qualifikationsanforderungen an die
potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie**

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.	
27.03.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 8 Absatz 2, Satz 1 Der von GKV, KBV, DKG vorgeschlagene Verweis auf §7 Absatz 1 Nr. 3 SGB VIII wird abgelehnt.</p>	<p>Die Änderungsvorschläge hängen untrennbar miteinander zusammen und sind wie folgt begründet:</p> <p>Bei den in Absatz 2 angesprochenen jungen Versicherten gibt es eine Vielzahl von Erkrankungen und Symptomkomplexe, mit deren pathophysiologischen Besonderheiten und Verlaufsdynamiken Fachärztinnen und Fachärzten ohne zusätzliche pädiatrische Expertise gemäß § 8 (2) 1.-4. in der Ausbildung und im beruflichen Alltag nie in Berührung gekommen sind. Dies betrifft insbesondere folgende Erkrankungsursachen mit Beeinträchtigung vitaler Funktionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genetisch begründete syndromale Erkrankungen und komplexe Dysmorphien • Malformationen mit bulbären Kompressionssyndromen • Frühkindliche Epilepsieformen • Enzymdefekte (Stoffwechselstörungen, Speicherkrankheiten) mit neurodegenerativem Verlauf oder schwerer Malnutrition • Frühgeburtlichkeit mit extremer Lungenunreife • Pränatal (intrauterin) erworbene schwere Funktionsstörungen • Schwere perinatale Asphyxie mit hypoxischer Enzephalopathie <p>Je jünger Versicherte zum Beginn einer Erkrankung mit Bedarf an AKI sind, desto mehr treten die pathophysiologischen Besonderheiten und Verlaufsdynamiken in den Vordergrund, wodurch die Fachexpertise für eine Potenzialerhebung auf die in § 8 (2) 1.-4. genannten Fachärztinnen und Fachärzte zu begrenzen ist. In der spezialisierten Versorgung dieser Patientengruppe ist daher entsprechend der Gesetzesbegründung zum IPReG (BT-Drucksache 19/20720, Seite 55) eine Ausnahme von der starren Altersgrenze nach §7 Abs. 1 Nr. 3 GB VIII vorzusehen.</p> <p>Darüber hinaus können Erkrankungen und Symptomkomplexe bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit Erkrankungen erwachsener Versicherter hinsichtlich des Anspruchs auf AKI gemäß § 37c SGB V Ähnlichkeiten aufweisen, die eine Potenzialerhebung durch einen erweiterten Kreis von Fachärztinnen und Fachärzten entsprechend den Aufzählungen</p>
<p>§ 8 Absatz 2, Satz 1 <i>...kann zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erfolgen.</i></p> <p>wird ersetzt durch:</p> <p><i>...erfolgt grundsätzlich durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte.</i></p>	
<p>§ 8 Absatz 2, Satz 2 (neu): <i>Die Erhebung gemäß § 5 kann bei Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 auch durch die in § 8 Absatz 1 genannten Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden, wenn der körperliche Entwicklungsstand oder die Erkrankungs- oder Verletzungsart denen erwachsener Versicherter gleicht.</i></p>	

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.	
27.03.2023	
	<p>in § 8 (1) 1.-6 und (2) 1.-4. erlaubt. Dies betrifft insbesondere folgende Erkrankungsursachen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatologie • thorakale Skelettdeformität • Adipositas • fortgeschrittene neuro-muskuläre Erkrankung • bulbäre oder pseudo-bulbäre Ausfälle im Ausbreitungsgebiet der caudalen Hirnnerven durch cerebrovasculäre oder tumoröse Prozesse <p>Bei den zuletzt genannten Erkrankungsursachen ist eine altersabhängige Dynamik jedoch nicht in jedem Fall anwendbar, so dass auch für die Potenzialerhebung bei jungen Volljährigen eine pädiatrische Expertise gemäß § 8 (2) 1.-4. bei Bedarf konsiliarisch hinzugezogen werden sollte.</p> <p>Fachärztinnen und Fachärzten ohne die in § 8 (2) genannten zusätzlichen pädiatrischen Kenntnisse und Erfahrungen ist damit freigestellt, abhängig von den individuellen Besonderheiten, dem Krankheitsverlauf und dem (sehr) jungen Alter allein schon aus Haftungsgründen keine Potenzialerhebung vorzunehmen.</p>
<p>§ 8 Absatz 2 Nr. 2.-4. Die vom GKV-SV gewünschte Eingrenzung auf spezialisierte stationäre Einheiten ist abzulehnen.</p>	<p>Entscheidend für das Erwerben einer Expertise für die in § 8 (2) genannten Altersgruppen ist hinsichtlich der Potenzialerhebung (und nicht der Durchführung von Weaning und Dekanülierung sowie Verbesserung der lebensqualitätsbezogenen Versorgung) die <u>Spezialisierung</u> auf die Behandlung von beatmeten und/oder tracheotomierten Versicherten. Dies kann auch in Versorgungszentren mit nicht-stationärem Charakter dafür aber engem Bezug zu den außerklinischen Bedarfen erfolgen.</p>

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.
Stand: 14.03.2023

Auszug § 8 der AKI-RL - Fließtext zu Änderungsvorschlägen (grün)



§ 8 Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte

(1) ¹Die Erhebung gemäß § 5 erfolgt durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte:

1. Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,
4. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, ~~oder Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin~~ mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,
5. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit oder
6. für die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten auch Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

(2) Die Erhebung gemäß § 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 [GKV, KBV, DKG: im Sinne des § 7 Absatz 1 Nummer 3 Aches Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)] ~~kann erfolgt grundsätzlich zusätzlich zu den in § 8 Absatz 1 genannten Personen~~ durch folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte ~~erfolgen~~:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten [GKV-SV: stationären] Einheit,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten [GKV-SV: stationären] Einheit oder
4. weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten [GKV-SV: stationären] Einheit.

Die Erhebung gemäß § 5 kann bei Jugendlichen und jungen volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 auch durch die in § 8 Absatz 1 genannten Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden, wenn der körperliche Entwicklungsstand oder die Erkrankungs- oder Verletzungsart denen erwachsener Versicherter gleicht.

Stand: 14.03.2023

Auszug § 8 der AKI-RL - Fließtext zu Änderungsvorschlägen (grün)



~~(3)~~ ²¹Ist für die Potenzialerhebung beziehungsweise Befunderhebungen nach § 5 eine ergänzende Fachexpertise notwendig, ist diese konsiliarisch durch die potenzialerhebende Fachärztin oder den potenzialerhebenden Facharzt einzubinden. ³²Bei Versicherten ohne Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung gemäß § 5 Absatz 5 Satz 1 ist durch die potenzialerhebende Fachärztin oder den potenzialerhebenden Facharzt zur Prüfung der Therapieoptimierung insbesondere die konsiliarische Einbindung einer Fachärztin oder eines Facharztes zu prüfen, die oder der auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert ist. ⁴³Erfolgt die Erhebung gemäß § 5 im Rahmen des Entlassmanagements, hat dies durch Ärztinnen und Ärzte mit folgenden Qualifikationen zu erfolgen:

1. Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder
2. Fachärztin oder Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.

⁴⁵Die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten im Rahmen des Entlassmanagements kann auch durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen, die über eine mindestens 18-monatige Erfahrung in der Behandlung entsprechend Betroffener in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügen.

~~(3)~~ (4) ¹Die Befugnis zur Durchführung der Erhebung nach § 5 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ²Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen erfüllt. ³Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit die Erhebung im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt.

~~(4)~~ (5) Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach §§ 8 oder 9 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

~~(5)~~ (6) Die in diesem Paragraphen verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.

[Fortsetzung mit § 9]

D Antrag der Patientenvertretung zur Anpassung der HKP-RL

Im Hinblick auf die nachfolgend abgebildeten Unterlagen wird auf die Ausführungen unter Kapitel A-2.4 verwiesen:

Antrag PatV vom 01.06.2023

Stand: 13.07.2023



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Anpassung der Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege und über eine Änderung der Beschlüsse zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie

Vom TT. Monat 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2023 folgenden Beschluss gefasst:

- I. In der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom TT. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V) geändert worden ist, wird § 1a wie folgt geändert:
In Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
- II. Der Beschluss des G-BA über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege vom 19. November 2021 (BAnz AT 25.03.22 B1) wird wie folgt geändert:
In Abschnitt II Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
- III. Der Beschluss des G-BA über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und weitere Änderungen vom 21. Juli 2022 (BAnz AT 12.10.2022 B2) wird wie folgt geändert:
In Abschnitt III Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
- IV. Dieser Beschluss tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den TT. Monat 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Antrag PatV vom 01.06.2023
Stand: 13.07.2023



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Anpassung der Übergangsregelung zur außerklinischen
Intensivpflege

Vom TT. Monat 2023

Inhalt

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

1. Rechtsgrundlage

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist der HKP-RL ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigelegt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Nach der bestehenden Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege nach § 1a Satz 1 HKP-RL sollen Verordnungen seit dem 1. Januar 2023 nach den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V erfolgen. Nach Satz 2 verlieren diese Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie allerdings ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit.

Trotz intensiver Bemühungen der Selbstverwaltung zeigt sich, dass eine flächendeckende Versorgung der von der AKI betroffenen Leistungsberechtigten nicht bis zum 31. Oktober 2023 sichergestellt werden kann. Sowohl Fachärztinnen und Fachärzte nach § 9 AKI-RL, die zukünftig nach den Regelungen der AKI-RL verordnen, als auch die Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 8 AKI-RL, welche die vor der Verordnung erforderliche Potenzialerhebung nach § 5 AKI-RL durchführen, stehen noch nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung.

Die Leistungsberechtigten sind als besonders vulnerable Patientengruppe zwingend auf eine verlässliche Versorgung angewiesen. Daher sind mögliche Engpässe in der Versorgung aufgrund der Überleitung der Leistung zur außerklinischen Intensivpflege zu vermeiden.

Der G-BA geht davon aus, dass ein Zeitraum von zwei Jahren erforderlich ist, um eine Versorgung gemäß § 37c SGB V und den Qualitätsanforderungen der AKI-RL zu ermöglichen.

Dieser Zeitraum kann genutzt werden, um die verfügbaren Versorgungsstrukturen stetig auszubauen. Dabei sollten diese in den nächsten zwei Jahren in einem ersten Schritt vorrangig Versicherten zur Verfügung stehen, die noch nicht länger als zwei Jahre aus der stationären Versorgung entlassen wurden, da in dieser Zeit die Aussichten auf erfolgreiche Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besonders hoch sind. In diesen Fällen können die im Entlassmanagement koordinierten Kontakte und Versorgungspfade genutzt werden, so dass für diesen Personenkreis eine Verordnung nach den Regelungen der AKI-RL zum 31. Oktober 2023 erfolgen sollte.

Für Versicherte, die bereits länger als zwei Jahre außerklinisch versorgt sind, kann die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege noch bis zum 31. Oktober 2025 nach den Regelungen HKP-RL erfolgen oder auch nach den Regelungen der AKI-RL. Der Arzt sollte in diesem Zeitraum vor jeder Verordnung die Möglichkeit zur Potenzialerhebung nach § 5 AKI-RL vor jeder Verordnung individuell erneut prüfen. Alle verordnenden Ärztinnen und Ärzte sollen in der Arztsuche des Bundes veröffentlicht werden, um eine differenzierte Kontaktaufnahme zu ermöglichen.

Mit der Änderung werden Verordnungen daher nach den Regelungen der HKP-RL auch über den 31. Dezember 2023 hinaus ermöglicht und damit vorsorglich mögliche Engpässe bei der Versorgung der Patientengruppe im Übergangszeitraum verhindert. Die Anpassung der Übergangsregelung erfolgt analog zu einer vom Gesetzgeber vorzunehmenden Verschiebung des Inkrafttretens der Regelung des § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V auf den 31. Oktober 2025. Danach sollen Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ab dem 31. Oktober 2023 keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V mehr haben, sondern nur noch auf Leistungen nach der AKI gemäß § 37c SGB.

Mit einer Verschiebung des Inkrafttretens von Abschnitt I Nummer 3 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine „Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege“ vom 19. November 2021 wird analog die Streichung der Nummer 24 sowie eine Folgeänderung für die Ziffer 8 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL auf den 31. Oktober 2025 verschoben.

Einer Änderung des § 14 Absatz 1 AKI-RL, der auf die Verordnungsmöglichkeit nach der HKP-RL Bezug nimmt, bedarf es in diesem Zusammenhang nicht, weil die Vorschrift eine Verordnung nach den Regelungen der HKP-RL auch über den 31. Dezember 2022 hinaus nicht ausschließt.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat im Rahmen des am 17. November 2022 eingeleiteten Beratungsverfahrens zur Überprüfung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie bezüglich der Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie zur Außerklinischen Intensivpflege ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Mehrere Stellungnehmer haben dabei auf die nach der AKI-RL zwar erforderlichen, aber unzureichend bestehenden (fach-)ärztlichen Strukturen zur Potenzialerhebung und Verordnung der außerklinischen Intensivpflege hingewiesen. Eine Erweiterung der zur Potenzialerhebung nach § 5 AKI-RL qualifizierten Ärzte könne zwar fehlenden ärztlichen Ressourcen entgegenwirken, aber es könne nicht sicher davon ausgegangen werden, dass tatsächlich eine ausreichende Anzahl von Fachärzten ab dem 31.10.2023 zur Verfügung stünden und damit die Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden könne (vgl. dazu Stellungnahmen des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. bpa, des Selbsthilfeverbands – FORUM Gehirn e. V und des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. bvkm). Der G-BA solle sich daher dringend für eine Verlängerung der Verordnungsmöglichkeit nach den Regelungen der HKP-RL einsetzen (vgl. Stellungnahme bvkm).

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5. **Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
19.11.2021	G-BA	Beschluss zur Übergangsregelung und Anpassung zur Außerklinischen Intensivpflege
26.03.2022		Inkrafttreten
20.10.2022	G-BA	Beschlussfassung zur Verlängerung der Übergangsregelung zur Außerklinischen Intensivpflege
17.11.2022	G-BA	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens zur Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie: <i>Überprüfung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie bezüglich der Qualifikationsanforderungen an die potenziellerhebenden Ärztinnen und Ärzte nach § 8 der Richtlinie</i>
01.06.2023		Antrag der Patientenvertretung zur Verlängerung der Übergangsregelung
TT.MM.2022	G-BA	Abschließende Beratung und Beschlussfassung
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den TT. Monat 2023

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

Anlage 4 zu TOP 8.5.1
Anlage 1 zu TOP 7.2, UA VL am 13.06.2023



Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Gemeinsamer Bundesausschusses
Herr Prof. Josef Hecken
Frau Dr. Monika Lelgemann
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

01.06.2023
MD/bö

**Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V:
Außerklinische Intensivpflege: Sicherstellung der Versorgung der Versicherten:
Verlängerung der Übergangsregelung nach § 1a Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
HKP-RL**

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
sehr geehrte Frau Dr. Lelgemann,

namens und im Auftrag der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V wird
beantragt:

1. Der G-BA fordert den Gesetzgeber auf, das Inkrafttreten von Artikel 2 des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 auf den 31.10.2025 verschieben.
2. Der G-BA fasst analog dazu einen Beschluss zur Anpassung der Übergangsregelung gemäß § 1a HKP-RL (siehe Entwürfe in der Anlage).

Aufgrund der Eilbedürftigkeit bitte ich zu veranlassen, den Antrag kurzfristig den zuständigen Gremien zur Beratung zu übersenden.

Begründung

Ab dem 31. Oktober 2023 haben Versicherte, die der außerklinischen Intensivpflege bedürfen, keinen Anspruch mehr auf entsprechende Leistungen nach den Regelungen der HKP-RL. Dies ergibt sich aus § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V, der gemäß Artikel 5 IPReG zum 31.12.2023 in Kraft tritt. Eine Versorgung erfolgt dann nur noch nach den Regelungen der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL).

§ 37c SGB V iVm. der AKI-RL erfordert sowohl eine qualifizierte Verordnung als auch eine qualifizierte Potenzialerhebung in Hinblick auf eine Beatmungsentwöhnung oder Therapieoptimierung. Leider kann zum heutigen Zeitpunkt trotz der Bemühungen der Selbstverwaltung nicht davon ausgegangen werden, dass eine flächendeckende Versorgung der Versicherten rechtzeitig zur Verfügung steht. Damit droht eine ggf. auch lebensbedrohliche Unterversorgung dieses Personenkreises.



Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Patientinnen und Patienten berichten, dass ihre bisher verordnenden Ärztinnen und Ärzte wegen des hohen Zeitaufwands für die Betreuung einzelner Patientinnen und Patienten mit AKI-Bedarf künftig keine Verordnungen mehr ausstellen werden. Der hohe Aufwand gehe zulasten anderer in der Praxis betreuter Patientinnen und Patienten und könne daher künftig nicht mehr geleistet werden.

In der Arztsuche des Bundes sind bisher ca. 300 verordnende Hausärztinnen und Hausärzte gelistet. Angaben dazu, ob diese weitere Patientinnen und Patienten aufnehmen können, liegen nicht vor. Weitere verordnende Fachärztinnen und Fachärzte werden nicht in der Arztsuche des Bundes geführt. Eine differenzierte Kontaktaufnahme wird dadurch behindert.

Die Suche nach Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist für die Versicherten insbesondere bei Einzelversorgungen mit hohem Aufwand und unsicheren Erfolgsaussichten verbunden. Fehlende oder eingeschränkte Barrierefreiheit der Praxen schränkt die Suche durch mobilitätseingeschränkte Patientinnen und Patienten zusätzlich ein. Eine persönliche Untersuchung müsste in diesen Fällen aufsuchend in der Häuslichkeit des Versicherten erfolgen. Die Verordnungssicherheit kann so zum 31.10.2023 nicht gewährleistet werden.

Die vermehrt vorgetragene Sorge, dass zum vorgesehenen Umsetzungszeitpunkt auch keine ausreichende Anzahl potenzialerhebender Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung steht, die unsichere Anzahl der zum Umsetzungszeitpunkt für die Verordnung zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte und die zu knappe Meldefrist für pädiatrisch qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte zwischen der geplanten Inkraftsetzung der 1. Änderung der AKI-RL und dem Umsetzungszeitpunkt ist in der termingebundenen allgemeinverbindlichen Einführung der AKI begründet.

Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisation eine Änderung dringend geboten, die ermöglicht, dass auch über den 31.10.2023 hinaus Verordnungen nach den Regelungen der HKP-RL ausgestellt werden können bis die verordnungssichernden ambulanten Strukturen flächendeckend etabliert sind.

Eine Änderung von § 5 AKI-RL (allein), mit welcher die zwingende Verknüpfung zwischen jeder Verordnung und Potenzialerhebung durch Einführung einer Soll-Regelung aufgehoben werden soll (ggf. auch Änderung von § 37c Abs. 1 S. 6 SGB V) kann aus Sicht der Patientenorganisationen die Situation nicht entschärfen. Vielmehr besteht die Gefahr, dass eine weitere Hürde für einen Genehmigungsantrag von Verordnerinnen und Verordner entsteht, denn die Verantwortung wird den verordnenden Ärztinnen und Ärzten auferlegt: Sie müssen, so der Entwurf der Tragenden Gründe, zukünftig nun auch eine Vorabschätzung zu einem möglichen Ergebnis einer Potenzialerhebung abgeben und diese dokumentieren. Dem Problem der fehlenden Verordnerinnen und Verordner kann damit nicht Rechnung getragen werden. Zudem müssten über diesen Weg Einzelfallentscheidungen getroffen werden mit entsprechenden Rechtsunsicherheiten nicht nur für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für die vulnerablen Versicherten.

Es bedarf daher einer angemessenen Übergangsregelung, um der Entstehung einer strukturellen Mangellage entgegen zu wirken und den Aufbau der flächendeckenden Versorgungsstrukturen zu fördern.

Anlage 4 zu TOP 8.5.1
Anlage 1 zu TOP 7.2, UA VL am 13.06.2023



Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i.A. Dr. Martin Danner

für

Deutscher Behindertenrat

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Verbraucherzentrale Bundesverband

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen

Anlagen

Beschlussentwurf Änderung § 1a HKP-RL

Fließtext

Entwurf Tragende Gründe

PatV 01.06.2023



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Anpassung der Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege

Vom TT. Monat 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2022 beschlossen, die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom TT. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. § 1a wird wie folgt geändert:

In Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

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

III. Abschnitt I Nummer 3 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine „Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege“ vom 19. November 2021 tritt am 31. Oktober 2025 in Kraft.

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

Berlin, den TT. Monat 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

PatV 01.06.2023

HKP-RL: Anpassung der Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege – Änderungen im Fließtext

Darstellung der geplanten Änderungen gemäß Beschlussentwurf

(...)

§ 1a Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege

¹Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bei besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, bei denen die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im Sinne des § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist, sollen ab dem 1. Januar 2023 nach den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V erfolgen. ²Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie verlieren ab dem 31. Oktober 202~~3~~5 ihre Gültigkeit.

(...)

Antrag PatV 01.06.2023



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Anpassung der Übergangsregelung zur außerklinischen
Intensivpflege

Vom TT. Monat 2023

Inhalt

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

1. Rechtsgrundlage

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist der HKP-RL ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigelegt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Nach der bestehenden Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege (AKI) nach § 1a Satz 1 HKP-RL sollen Verordnungen seit dem 1. Januar 2023 nach den Regelungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V (AKI-RL) erfolgen. Nach Satz 2 verlieren diese Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie allerdings ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit.

Trotz intensiver Bemühungen der Selbstverwaltung zeigt sich, dass eine flächendeckende Versorgung der von der AKI betroffenen Leistungsberechtigten nicht bis zum 31. Oktober 2023 sichergestellt werden kann. Sowohl Fachärztinnen und Fachärzte nach § 9 AKI-RL, die zukünftig nach den Regelungen der AKI-RL verordnen, als auch die Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 8 AKI-RL, welche die vor der Verordnung erforderliche Potenzialerhebung nach § 5 AKI-RL durchführen, stehen noch nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung.

Die Leistungsberechtigten sind als besonders vulnerable Patientengruppe zwingend auf eine verlässliche Versorgung angewiesen. Daher sind mögliche Engpässe in der Versorgung aufgrund der Überleitung der Leistung zur außerklinischen Intensivpflege zu vermeiden.

Der G-BA geht davon aus, dass ein Zeitraum von zwei Jahren erforderlich ist, um eine Versorgung gemäß § 37c SGB V und den Qualitätsanforderungen der AKI-RL zu ermöglichen.

Mit der Änderung werden Verordnungen daher nach den Regelungen der HKP-RL auch über den 31. Dezember 2023 hinaus ermöglicht und damit vorsorglich mögliche Engpässe bei der Versorgung der Patientengruppe im Übergangszeitraum verhindert. Die Anpassung der Übergangsregelung erfolgt analog zu einer vom Gesetzgeber vorzunehmenden Verschiebung des Inkrafttretens der Regelung des § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V auf den 31.10.2025. Danach sollen Versicherte mit einem mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege V ab dem 31.10.2023 keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V mehr haben, sondern nur noch auf Leistungen nach der AKI gemäß § 37c SGB.

Mit einer Verschiebung des Inkrafttretens von Abschnitt I Nummer 3 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine „Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege“ vom 19. November 2021 wird analog die Streichung der Nummer 24 sowie eine Folgeänderung für die Ziffer 8 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL auf den 31.10.2025 verschoben.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[Platzhalter]

4. Bürokratiekostenermittlung

[Platzhalter]

5. **Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
19.11.2021	G-BA	Beschluss zur Übergangsregelung und Anpassung zur Außerklinischen Intensivpflege
26.03.2022		Inkrafttreten
06.09.2022	UA VL	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens im schriftlichen Verfahren
TT.MM.2022	UA VL	Mündliche Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
TT.MM.2022	G-BA	Abschließende Beratung und Beschlussfassung
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den TT. Monat 2022

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