



# Tragende Gründe

zum 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

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Zu § 5a Übergangsregelung zur Potenzialerhebung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Zur Änderung des § 8 (Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte).....</b>	<b>4</b>
2.2.1	Zum neuen Absatz 2 in § 8 .....	4
2.2.1.1	Zur Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte in Satz 1 im Einzelnen:.....	5
2.2.1.2	Zur Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte in Satz 2 im Einzelnen:.....	5
2.2.2	Zum neuen Absatz 3 in § 8 .....	6
2.2.3	Zur formalen Folgeänderung in § 8 Absatz 5 (vormals Absatz 2) Satz 2 .....	6
2.2.4	Zur Änderung in § 8 Absatz 6 (vormals Absatz 3).....	6
<b>2.3</b>	<b>Zur Änderung von § 9 Absatz 1 (Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) .....</b>	<b>6</b>
<b>2.4</b>	<b>Antrag der Patientenvertretung zur Anpassung der HKP-RL.....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>7</b>
<b>5.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>8</b>

## 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).

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **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 Verordnungsgrundlagen 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.

## **2.2 Zur Änderung des § 8 (Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte)**

### **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.

#### **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 trachealkanülierten 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.

#### **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.

### **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.

### **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.

### **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.

## **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 gewährleisten und die Leistungen der "speziellen Krankenbeobachtung" nach Nummer 24 der HKP-Richtlinie verordnet haben, in der Versorgung zu halten.

## **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 der ZD 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.

## **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 Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel B.6 in der ZD).

## **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 Potenzialerhebung) 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 Potenzialerhebung 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 Genehmigungsverfahren 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 verordnungsberechtigten 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 Genehmigungsverfahren 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.

## 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



Berlin, den 20. Juli 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken