



# Beschluss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Vom 19. November 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. November 2021 folgende Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V beschlossen:

- I. Die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege wird wie folgt gefasst:

### **„Richtlinie**

#### **des Gemeinsamen Bundesausschusses**

#### **über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

#### **(Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL)**

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

## Inhalt

§ 1	Grundlagen.....	3
§ 2	Ziele der außerklinischen Intensivpflege .....	4
§ 3	Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege .....	5
§ 4	Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege .....	6
§ 5	Potenzialerhebung .....	7
§ 6	Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.....	11
§ 7	Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege .....	13
§ 8	Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte .....	14
§ 9	Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte .....	15
§ 10	Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements.....	16
§ 11	Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege .....	17
§ 12	Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege.....	18
§ 13	Evaluation.....	19
§ 14	Inkrafttreten und Übergang zur Leistungserbringung nach § 132I SGB V.....	19

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gemäß § 94 SGB I

## § 1 Grundlagen

(1) <sup>1</sup>Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, sofern sie die Voraussetzungen gemäß § 4 Absatz 1 erfüllen. <sup>2</sup>Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum erforderlich ist. <sup>3</sup>Medizinische Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege an geeignete Pflegefachkräfte delegiert werden können. <sup>4</sup>Geeignet sind Pflegefachkräfte, die für die Versorgung von Personen mit einem Bedarf von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind. <sup>5</sup>Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V. <sup>6</sup>Die Möglichkeit individueller Vereinbarungen bei Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets gemäß § 37c Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 SGB V und § 29 SGB IX bleibt unberührt.

(2) <sup>1</sup>Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. <sup>2</sup>Die Verordnung erfolgt durch besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 9 Absatz 1 und 2. <sup>3</sup>Die Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie erfolgt auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

(3) <sup>1</sup>Die oder der Versicherte hat nur dann einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, wenn und soweit sie oder er die außerklinische Intensivpflege nicht selbst durchführen kann. <sup>2</sup>Bei der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sind die gesundheitliche Eigenkompetenz, der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten sowie die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, von jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und von volljährigen Versicherten zu berücksichtigen (vergleiche § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V). <sup>3</sup>Die Versorgung durch An- und Zugehörige soll insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie den in Satz 2 genannten jungen Volljährigen ermöglicht werden. <sup>4</sup>Dabei sind die Ressourcen im häuslichen Umfeld zu fördern und angemessen zu berücksichtigen.

(4) <sup>1</sup>Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege an folgenden Orten:

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen,
2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI,
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132I Absatz 5 Nummer 1 SGB V oder
4. im Haushalt der oder des Versicherten oder in dem Haushalt der Familie der oder des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten

Wohnformen, in Schulen, in Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

<sup>2</sup>Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. <sup>3</sup>Es gilt § 37c Absatz 2 Satz 3 bis 9 SGB V.

(5) <sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege kann für den Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts und einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht verordnet werden. <sup>2</sup>Auch für die Zeit des Aufenthalts in anderen Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege durch diese Einrichtungen besteht (zum Beispiel Rehabilitationseinrichtungen, Hospize), kann außerklinische Intensivpflege nicht verordnet werden. <sup>3</sup>Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen. <sup>4</sup>§ 37c Absatz 3 SGB V bleibt unberührt.

(6) Diese Richtlinie ist gemäß § 91 Absatz 6 SGB V für die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) Die Regelungen dieser Richtlinie gelten entsprechend für Verordnungen in elektronischer Form, soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist.

## **§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, an den in § 1 Absatz 4 genannten Orten im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung die Patienten- und Versorgungssicherheit von Versicherten, die die Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 erfüllen, nach Maßgabe ihres individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. <sup>2</sup>Sie dient im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch der Verbesserung der Lebensqualität.

(2) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege ist auf individuelle, patientenzentrierte Therapieziele auszurichten. <sup>2</sup>Therapieziele sind

1. die Sicherstellung von Vitalfunktionen,
2. die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie
3. die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.

(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung. <sup>2</sup>Bei im Rahmen der Erhebung nach § 5 festgestelltem perspektivischen Potenzial soll dieses im Verlauf der weiteren außerklinischen Versorgung, insbesondere der außerklinischen Intensivpflege, stabilisiert und gehoben werden. <sup>3</sup>Hierbei sind die erforderlichen Maßnahmen mit dem Ziel

1. der ausreichenden Augmentierung der alveolären Ventilation,
2. der effektiven Therapie der Erkrankung und der Begleiterkrankungen, die zum Weaning-Versagen geführt haben,

3. der Wiederherstellung der atemmuskulären Kapazität sowie
4. der Wiederherstellung der Schluckfunktion

zu ergreifen. <sup>4</sup>Daraus ergeben sich insbesondere folgende unterstützende Maßnahmen:

1. die Verbesserung der Atemmechanik und des Gasaustausches,
2. die Reduktion des inadäquaten Atemantriebes und der Atemarbeit,
3. die Behandlung von Malnutrition und Katabolismus,
4. die Verbesserung der vegetativen und neuromuskulären Funktion,
5. die (Teil-)Mobilisation,
6. die Therapie der Dysphagie zur Verbesserung der Schluckfunktion und Wiederherstellung der Sprechfunktion,
7. die Rekonditionierung der atrophierten (Skelett-)Muskulatur sowie
8. die Verbesserung der Sekretclearance.

(4) Ergibt sich im Zuge der Umsetzung der Therapieziele nach Absatz 2 und Maßnahmen nach Absatz 3 bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung.

(5) Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten keine Aussicht auf nachhaltige Verbesserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung, ist die Zielsetzung insbesondere die Therapieoptimierung und damit die Verbesserung der Lebensqualität.

### **§ 3 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege ist die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege. <sup>2</sup>Zur medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege können insbesondere gehören:

1. die spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen,
2. die Pflege des Tracheostomas und das Trachealkanülenmanagement,
3. das Sekretmanagement,
4. das Dysphagiemanagement,
5. die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes,
6. die Anwendung von Inhalations- und Absauggeräten,
7. der Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht-invasiven Beatmung,

8. die Erfassung und Bewertung von Vitalparametern,
9. die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen und des Krisenmanagements,
10. die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und jungen Volljährigen gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2.

(2) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege beinhaltet alle im zeitlichen Zusammenhang anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V. <sup>2</sup>Während des Versorgungszeitraumes der außerklinischen Intensivpflege sind diese Leistungen durch die geeignete Pflegefachkraft zu erbringen. <sup>3</sup>Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können in diesen Fällen nicht separat verordnet werden.

(3) <sup>1</sup>Wird außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht, kann neben dem Anspruch nach § 37c Absatz 1 Satz 1 SGB V für Zeiträume außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V bestehen. <sup>2</sup>Sofern außerhalb des Versorgungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gemäß Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erforderlich sind, die nicht während der Zeit der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden können, gelten die dort geregelten Anforderungen.

(4) Ärztliche Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Beatmungsentwöhnung können als Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht verordnet und von Leistungserbringern nach § 132l SGB V nicht erbracht werden.

(5) <sup>1</sup>Um eine sichere Durchführung der verordneten Maßnahmen gewährleisten zu können, sind geeignete Rahmenbedingungen (baulich, personell, organisatorisch) und (interne und externe) Maßnahmen der Qualitätssicherung zu gewährleisten. <sup>2</sup>Dabei ist insbesondere eine stabile fach- und sachgerechte Infrastruktur notwendig. <sup>3</sup>Das Nähere regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V.

(6) <sup>1</sup>Liegt der Bedarf für außerklinische Intensivpflege gemäß § 4 Absatz 1 nicht mehr vor, endet der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. <sup>2</sup>Diesbezügliche Hinweise sind der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt durch den Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen und durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt zu prüfen. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert anschließend nach Rücksprache mit der oder dem Versicherten unverzüglich die Krankenkasse.

#### **§ 4 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege**

(1) Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen

Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder in den Fällen des § 1 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

(2) Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen kann nicht alleine auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden.

(3) <sup>1</sup>Zeigt sich bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung nach § 5, dass ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung beziehungsweise Dekanülierung vorliegt, leitet die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt in Abstimmung mit der oder dem Versicherten unverzüglich weitere Maßnahmen ein, insbesondere eine Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung. <sup>2</sup>Die Krankenkassen wirken unterstützend mit, geeignete Einrichtungen nach Satz 1 mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, sofern ihnen diese bekannt sind. <sup>3</sup>Bei Versicherten mit unmittelbar bestehendem Potenzial einer Entwöhnung, Dekanülierung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung können Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nur bis zum Zeitpunkt des Entwöhnungsversuches in einer auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierten stationären Einrichtung oder in einer auf Dysphagie spezialisierten Einrichtung ausgestellt werden.

(4) Bei Bedarf, insbesondere bei Vorliegen einer infausten Prognose und wenn eine kurative Therapie nicht mehr möglich ist, ist im Einvernehmen mit der oder dem Versicherten durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt palliativmedizinische Fachkompetenz einzubeziehen.

(5) <sup>1</sup>Voraussetzung für jede Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Versicherten und der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer persönlichen Untersuchung überzeugt hat. <sup>2</sup>Im Rahmen der Verordnung sind neben der pflegerischen und medikamentösen Behandlung insbesondere auch Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer sowie die Optimierung der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen.

## **§ 5 Potenzialerhebung**

(1) <sup>1</sup>Vor jeder Verordnung werden bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) beziehungsweise zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) und die Möglichkeiten der Therapieoptimierung sowie die jeweils zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen individuell erhoben und dokumentiert (dieser Prozess wird im Folgenden als Erhebung bezeichnet). <sup>2</sup>Dies umfasst auch die Prüfung des Potenzials für eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung, die Beurteilung der Therapieadhärenz und bei festgestelltem Potenzial die Festlegung und gegebenenfalls Anpassung der Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungsstrategie. <sup>3</sup>Ist die Beatmung beziehungsweise die Trachealkanüle dauerhaft indiziert oder eine Dekanülierung oder

Entwöhnung zum Zeitpunkt der Erhebung nicht möglich oder absehbar, sind die konkreten Gründe zu dokumentieren.

(2) <sup>1</sup>Die Erhebung erfolgt durch die besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach § 8 (potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte). <sup>2</sup>Gemäß § 37c Absatz 1 Satz 7 SGB V sind zur Erhebung auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

(3) <sup>1</sup>Die Erhebung kann auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. <sup>2</sup>Mindestens einmal jährlich muss die Erhebung jedoch unmittelbar persönlich, vorrangig am Ort der Leistung erfolgen. <sup>3</sup>Wenn eine unmittelbar persönliche Erhebung am Ort der Leistung durch eine Ärztin oder einen Arzt mit der Qualifikation nach § 8 ausnahmsweise nicht möglich ist, ist für einen dann erforderlichen Transport der oder des Versicherten die Verhältnismäßigkeit des Transports zu prüfen. <sup>4</sup>Wenn ein Transport unverhältnismäßig ist, kann abweichend von Satz 2 die dort einmal jährlich unmittelbar persönlich vorgesehene Erhebung auch unter Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten durchgeführt werden. <sup>5</sup>Wird die Erhebung nach Satz 2 nicht unmittelbar persönlich durchgeführt, ist das Vorliegen der hierfür geltenden Voraussetzungen nach Satz 3 und 4 im Einzelfall zu begründen und in der Patientenakte zu dokumentieren.

(4) <sup>1</sup>Die Erhebung muss mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden. <sup>2</sup>Sie darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein.

(5) <sup>1</sup>Wird bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten im Rahmen der Erhebung festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, muss die Erhebung abweichend von Absatz 4 Satz 1 mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden. <sup>2</sup>Die Erhebung darf bei diesen Versicherten abweichend von Absatz 4 Satz 2 zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als sechs Monate sein. <sup>3</sup>Sie umfasst die in diesem Paragraphen beschriebenen Inhalte, setzt aber den Schwerpunkt auf Aspekte der Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung.

(6) <sup>1</sup>Nachdem innerhalb eines Gesamtzeitraumes der Patientenbeobachtung von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge eine Feststellung und Dokumentation nach Absatz 5 Satz 1 auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung getroffen wurde, ist eine Verordnung gemäß § 6 auch ohne erneute Erhebung zulässig. <sup>2</sup>Die Verordnung gemäß Satz 1 darf nicht durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt erfolgen, die oder der die Feststellungen nach Satz 1 getroffen hat. <sup>3</sup>Ungeachtet dessen kann die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt eine Erhebung weiterhin wie grundsätzlich vorgesehen veranlassen beziehungsweise die oder der Versicherte diese beanspruchen. <sup>4</sup>Wenn der Krankenkasse aufgrund der regelmäßigen Begutachtung des Medizinischen Dienstes ein Hinweis auf ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Therapieoptimierung vorliegt, hat sie die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt über die Notwendigkeit einer erneuten Erhebung zu informieren. <sup>5</sup>Diese oder dieser hat die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.



(7) <sup>1</sup>Die Erforderlichkeit von weiteren Arztkontakten von potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten nach § 8 über die Erhebung hinaus, bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglicher Komplikationen. <sup>2</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt nach § 9 wirkt auf die Umsetzung der nach Absatz 1 Satz 1 bis 2 dokumentierten Maßnahmen hin.

(8) <sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung bei beatmeten Versicherten sollen insbesondere folgende Aspekte überprüft und in die Bewertung eines Beatmungsentwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzials einbezogen und zusammenfassend dokumentiert werden:

1. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat; Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, die eine Entwöhnung verhindern beziehungsweise die Spontanatmungszeit begrenzen;
2. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens (gegebenenfalls unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);
3. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten;
4. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität;
5. Möglichkeiten der Therapieoptimierung insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer, medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien sowie Überprüfung der Funktionalität des eventuellen Beatmungszugangs;
6. Atemmechanik;
7. Hustenstoß und Sekretmanagement;
8. Hämodynamischer Status (zum Beispiel Blutdruck, Herzfrequenz);
9. Dyspnoe-, Bewusstseins- und Schmerzstatus;
10. Beurteilung der NIV-Fähigkeit;
11. Feststellung der Gasaustauschparameter (zum Beispiel  $pO_2$ , pH,  $pCO_2$ ,  $sO_2$ ) mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (zum Beispiel Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und  $CO_2$ -Messung);
12. Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz und  $FiO_2$ - oder  $O_2$ -Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist);
13. Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke, durchschnittliche Nutzungszeit pro Tag und Spontanatmungszeit inkl. deren Verhinderungsgründe);
14. Standardisiertes Aspirationsscreening;
15. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (zum Beispiel fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]);
16. Sitz und Funktion der Trachealkanüle.

(9) <sup>1</sup>Erfolgt die Erhebung bei beatmeten Versicherten im Rahmen des Entlassmanagements, werden mindestens folgende Aspekte und Befunde erhoben:

1. Atemmechanik (zum Beispiel Hustenstoß, Sekretion);
2. Hämodynamischer Status (zum Beispiel Blutdruck, Herzfrequenz);
3. Sedierungsscore (zum Beispiel Richmond Agitation-Sedation Scale);
4. Beurteilung der NIV-Fähigkeit;
5. Feststellung der Gasaustauschparameter (zum Beispiel  $pO_2$ , pH,  $pCO_2$ ,  $sO_2$ ) mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (zum Beispiel Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und  $CO_2$ -Messung);
6. Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz,  $FiO_2$  oder  $O_2$ -Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist);
7. Feststellung der Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke);
8. Klinische Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat;
9. Klinische Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Compliance (Mitarbeit) der oder des Versicherten;
10. Evaluation des (mutmaßlichen) Patientenwillens (gegebenenfalls unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);
11. Beurteilung des Beatmungsentwöhnungspotenzials unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde.

<sup>2</sup>Die Befunderhebungen nach diesem Absatz dienen daneben auch der Klärung von Möglichkeiten der weiteren Therapieoptimierung, insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer, medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien im Hinblick auf die außerklinische Versorgung. <sup>3</sup>Wurden solche Aspekte identifiziert, sind diese bei der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege zu berücksichtigen.

(10) <sup>1</sup>Im Rahmen der Erhebung bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten sollen insbesondere folgende Aspekte überprüft und in die Bewertung des Dekanülierungspotenzials einbezogen und zusammenfassend dokumentiert werden:

1. Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Schluckstörung geführt hat und Benennung der Funktionsbeeinträchtigungen, welche eine Dekanülierung verhindern;
2. Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens (gegebenenfalls unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs);
3. Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz (Mitarbeit) der oder des Versicherten;

4. Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität;
5. Möglichkeiten der Therapieoptimierung insbesondere unter Berücksichtigung diätetischer und medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten und Heilmitteltherapien;
6. Atemwegsanatomie;
7. Standardisiertes Aspirationsscreening;
8. Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren (zum Beispiel fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens [FEES]);
9. Hustenstoß und Sekretmanagement;
10. Dyspnoe, Bewusstseins- und Schmerzstatus;
11. Sitz und Funktion der Trachealkanüle.

<sup>2</sup>Bei dieser Erhebung müssen die bestehenden medizinischen Empfehlungen zur Behandlung einer neurogenen Dysphagie berücksichtigt werden.

## **§ 6 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Die außerklinische Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus. <sup>2</sup>Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten Vordruck (Verordnung außerklinischer Intensivpflege).<sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere anzugeben:

1. Die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für außerklinische Intensivpflege und die daraus resultierenden verordnungsrelevanten Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen;
2. Beatmungspflichtig: Ja/Nein  
Falls ja:
  - a) die Beatmungsform (invasiv/nicht-invasiv; assistiert/kontrolliert),
  - b) die Beatmungsdauer (Stunden pro Tag),
  - c) Spontanatmung (Stunden/Intervall);
3. Tracheotomiert: Ja/Nein  
Falls ja:
  - a) Art der Kanüle: geblockt, ungeblockt; Sprechkanüle; Entblockzeiten;
4. Weaning- und Dekanülierungspotenzial gemäß § 5 sowie die zu dessen Umsetzung erforderlichen Maßnahmen oder Begründung für Verhinderung;
5. PEG-Anlage: Ja/Nein;
6. Erst- oder Folgeverordnung;
7. die Therapieziele;
8. voraussichtlicher-Zeitpunkt der nächsten Erhebung nach § 5;
9. die zu erbringenden Leistungen gemäß § 3 Absatz 1;

10. deren Beginn und Ende gemäß § 7;
11. den Leistungsumfang;
12. gegebenenfalls weitere Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 3 Absatz 2 sowie
13. im Falle der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements das voraussichtliche Entlassdatum.

(2) <sup>1</sup>Um der oder dem Versicherten eine Bewertung über die grundsätzlich erreichbaren Therapieziele zu ermöglichen, ist bei der Verordnung eine Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten durchzuführen. <sup>2</sup>Bei der Erörterung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen und zu dokumentieren:

1. Therapieziele und Therapiealternativen,
2. Maßnahmen zum Erreichen der Therapieziele (zum Beispiel Einbindung von Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Heilmitteltherapie, Schlucktraining),
3. Zeitraum für die Umsetzung der Therapieziele beziehungsweise des Zeitpunktes für eine Zwischenkontrolle und deren Ergebnis,
4. Mitwirkung (Art und Umfang) der oder des Versicherten beziehungsweise der An- und Zugehörigen.

<sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt zum Erreichen der Therapieziele bei.

(3) <sup>1</sup>Versorgungsrelevante Änderungen und Ergänzungen der Verordnung dürfen nur auf Grundlage einer erneuten persönlichen Untersuchung der oder des Versicherten mit Unterschrift, Stempel und Datumsangabe der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes erfolgen. <sup>2</sup>Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig.

(4) Ist die außerklinische Intensivpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, teilt die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt dies schriftlich und unverzüglich der Krankenkasse mit.

(5) <sup>1</sup>Bestandteil der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist der von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, gegebenenfalls unter Mitwirkung der potenzialerhebenden Ärztin oder dem potenzialerhebenden Arzt erstellte Behandlungsplan, der insbesondere konkretisierende Angaben

1. zu den erforderlichen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege,
2. zur Atmung,
3. Dysphagie und Husteninsuffizienz,
4. zu Heil- und Hilfsmitteln,
5. zu Fähigkeiten/Funktionseinschränkungen zur Kommunikation,
6. Mobilität, Bewusstsein, Beweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten, sowie gegebenenfalls Hinweise zum Maskentyp,

7. zum Anfallsleiden und
  8. zur Weaning- beziehungsweise Dekanülierungsstrategie
- umfassen soll.

<sup>2</sup>Das Nähere regeln die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte.<sup>3</sup>Der Behandlungsplan ist der Verordnung beizulegen. <sup>4</sup>Der Behandlungsplan ist bei Änderungen (zum Beispiel des Bedarfs, des klinischen Status, der relevanten Kontextfaktoren) zu aktualisieren und erneut der Krankenkasse vorzulegen, sofern sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ergeben, die von der bestehenden Verordnung abweichen.

### **§ 7 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege**

(1) <sup>1</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. <sup>2</sup>Um dies sicherzustellen, soll die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten. <sup>3</sup>Erfolgt die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements, gilt diese als Erstverordnung und ist gemäß § 10 Absatz 1 für längstens sieben Tage auszustellen.

(2) <sup>1</sup>Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer, längstens jedoch für sechs Monate, ausgestellt werden. <sup>2</sup>Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten auf der Grundlage einer Potenzialerhebung nach § 5 keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung und ist eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich, können Folgeverordnungen für längstens bis zu 12 Monate ausgestellt werden. <sup>3</sup>Die Gründe dafür müssen aus der Verordnung hervorgehen. <sup>4</sup>Bei der Beurteilung der Dauer sind die persönlichen und am Versorgungsort bestehenden Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. <sup>5</sup>Unabhängig von der Dauer der Verordnung überprüft die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt regelmäßig den Zustand der oder des Versicherten auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung. <sup>6</sup>Die konkrete Frequenz von weiteren Arztkontakten durch verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bemisst sich nach der Schwere der Erkrankung und möglichen Komplikationen.

(3) Die Folgeverordnung ist spätestens drei Arbeitstage (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

## § 8 Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte

(1) <sup>1</sup>Die 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 sechsmonatiger 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, 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 mindesten 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

<sup>2</sup>Ist für die Potenzialerhebung beziehungsweise Befunderhebungen nach § 5 eine ergänzende Fachexpertise notwendig, ist diese konsiliarisch durch die potenzialerhebende Fachärztin oder den potenzialerhebenden Facharzt einzubinden.<sup>3</sup>Bei 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.<sup>4</sup>Erfolgt 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.

<sup>5</sup>Die 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.

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

(3) 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.

(4) 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.

### **§ 9 Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte**

(1) <sup>1</sup>Außerklinische Intensivpflege für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte darf nur von besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auf der Grundlage einer Erhebung nach § 5 verordnet werden. <sup>2</sup>Besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind solche mit einer Qualifikation nach § 8 sowie Fachärztinnen und Fachärzte

1. für Innere Medizin und Pneumologie,
2. für Anästhesiologie,
3. für Neurologie,
4. mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
5. für Kinder- und Jugendmedizin.

<sup>3</sup>Hausärztinnen und Hausärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen. <sup>4</sup>Die Befugnis zur Verordnung für Hausärztinnen und Hausärzte bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>5</sup>Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt oder die Absicht erklärt, sich diese innerhalb von sechs Monaten anzueignen und nachzuweisen. <sup>6</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hierzu regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen anzubieten. <sup>7</sup>Falls die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine ergänzende Fachexpertise für notwendig hält, kann diese konsiliarisch eingebunden werden.

(2) <sup>1</sup>Bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte, die auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind. <sup>2</sup>Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können nur im (gegebenenfalls telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten verordnen. <sup>3</sup>Die Konsilpartnerin oder der Konsilpartner ist auf der Verordnung anzugeben.

(3) 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.

## **§ 10 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements**

(1) Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt mit Qualifikationen gemäß § 9) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.

(2) <sup>1</sup>Die Ausstellung der Verordnung kann erfolgen, sobald die Erforderlichkeit der außerklinischen Intensivpflege festgestellt wird. <sup>2</sup>Das voraussichtliche Entlassdatum ist auf der Verordnung anzugeben. <sup>3</sup>Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege beginnt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(3) <sup>1</sup>Bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten muss vor der Verordnung eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus und des diesbezüglichen Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzials gemäß § 5 vorgenommen worden sein. <sup>2</sup>Dabei ist durch das Krankenhaus sicherzustellen, dass bei aktuell vorliegendem Potenzial keine Überführung von beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung erfolgt.

(4) <sup>1</sup>Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wurde, hat dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren. <sup>2</sup>Die Krankenkasse soll noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers in die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung einbezogen werden. <sup>3</sup>Die Krankenkasse klärt unverzüglich, ob ein Bedarf für eine Beratung der oder des Versicherten zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes besteht und führt diese in Abstimmung mit dem Krankenhaus gegebenenfalls durch. <sup>4</sup>Hat sich die oder der Versicherte mit der Krankenkasse auf einen oder mehrere geeignete Leistungsorte nach § 1 Absatz 4 verständigt, kann die Krankenkasse der oder dem Versicherten sowie dem Krankenhaus diesbezügliche Leistungserbringer, mit denen Versorgungsverträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V bestehen, benennen. <sup>5</sup>Daneben stellt auch die Liste der Leistungserbringer nach § 132I Absatz 8 SGB V eine Grundlage für die Auswahl eines Leistungserbringers dar. <sup>6</sup>In Abstimmung mit der oder dem Versicherten nimmt das Krankenhaus Kontakt zu einem oder mehreren Leistungserbringern auf, um die Möglichkeit der Weiterversorgung der oder des Versicherten zu klären und den voraussichtlichen Entlasstag abzustimmen. <sup>7</sup>Das Krankenhaus teilt der Krankenkasse den mit dem Leistungserbringer abgestimmten voraussichtlichen Entlasstag mit. <sup>8</sup>Zeigt sich, dass der oder die in Aussicht genommene(n) Leistungserbringer keine verfügbaren Kapazitäten für die Versorgung der oder des Versicherten hat oder haben, stimmen sich die oder der Versicherte, das Krankenhaus sowie die Krankenkasse gemeinsam über das weitere Vorgehen ab. <sup>9</sup>Diese Abstimmung beinhaltet auch, dass die Krankenkasse dahingehend unterstützend mitwirkt, geeignete



Leistungserbringer mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu benennen, soweit ihr diese bekannt sind.

(5) <sup>1</sup>Eine Verordnung im Entlassmanagement erfolgt grundsätzlich nicht, soweit für die oder den Versicherten unmittelbar vor Beginn der Krankenhausbehandlung Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen einer gültigen Verordnung erbracht wurden und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter erbracht werden sollen. <sup>2</sup>Um die Planung einer diesbezüglich nahtlosen Versorgung zu ermöglichen, teilt der Leistungserbringer nach § 132l SGB V dem Krankenhaus unaufgefordert die Inhalte und die Dauer der bestehenden Verordnung mit. <sup>3</sup>Die bestehende Verordnung bleibt auch nach dem Krankenhausaufenthalt gültig, soweit die Anspruchsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege unverändert vorliegen. <sup>4</sup>Hält das Krankenhaus Anpassungen an der bestehenden Verordnung der außerklinischen Intensivpflege nach der Krankenhausentlassung in einem erheblichen Umfang für erforderlich, wird eine Verordnung durch das Krankenhaus ausgestellt. <sup>5</sup>Ein solch erheblicher Umfang liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Beatmungspflichtigkeit neu hinzugekommen oder entfallen ist oder Anpassungen hinsichtlich des Leistungsumfanges erforderlich sind, die mit einer Veränderung der täglichen Dauer (Anwesenheit der geeigneten Pflegefachkraft) der außerklinischen Intensivpflege einhergehen. <sup>6</sup>Andernfalls teilt das Krankenhaus der Verordnerin oder dem Verordner in der vertragsärztlichen Versorgung Anpassungsbedarfe mit, die diese oder dieser bei ihrer oder seiner Verordnung berücksichtigen soll.

(6) Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die im ambulanten Bereich weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass eine nahtlose Anschlussversorgung ermöglicht wird.

(7) <sup>1</sup>§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. <sup>2</sup>Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

## **§ 11 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege**

(1) Die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß § 37c Absatz 2 Satz 6 SGB V in Verbindung mit § 275 Absatz 2 Nummer 5 SGB V mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der außerklinischen Intensivpflege zu beauftragen. <sup>2</sup>Werden Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt sowie die oder den Versicherten über die Gründe zu informieren.

(3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der in den Verträgen nach § 132l Absatz 5 SGB V vereinbarten Vergütung, wenn die Verordnung spätestens an dem vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche

Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. <sup>2</sup>Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V.

(4) Die Leistungserbringer, die außerklinische Intensivpflege durchführen, sind zunächst an die Verordnung und bei Vorliegen der Genehmigung an diese gebunden.

## **§ 12 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege**

(1) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung der oder des Versicherten einschließlich der rechtzeitigen Einleitung des Verfahrens zur Erhebung nach § 5.

(2) <sup>1</sup>Die an der außerklinischen Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weiteren Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (zum Beispiel geeignete Pflegefachkräfte, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger, Atmungstherapeuten) arbeiten im Rahmen eines Netzwerkes eng zusammen. <sup>2</sup>Dazu gehören, ausgerichtet an dem individuellen Bedarf der oder des Versicherten, Teambesprechungen aller beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Angehörigen von Gesundheitsfachberufen mit klar definierten und dokumentierten Absprachen. <sup>3</sup>Hierbei sollen die oder der Versicherte und die an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen in geeigneter Weise eingebunden werden. <sup>4</sup>Im Rahmen der Zusammenarbeit sollen auch Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung eingegangen werden.

(3) Bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, ist Ziel der Kooperation auch die Sicherung der Versorgungskontinuität bei Beendigung der Versorgung durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt.

(4) <sup>1</sup>Der Leistungserbringer nach § 132l SGB V berichtet der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt bei Veränderungen in der Pflegesituation beziehungsweise bei Veränderungen, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken oder nach Aufforderung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt, gegebenenfalls auch unter Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation. <sup>2</sup>Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt über Veränderungen des Gesundheitszustandes und über Unter- oder Überschreitung von durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt definierten Grenzwerten der Vitalzeichen zu informieren. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.

(5) <sup>1</sup>Insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert der Leistungserbringer nach § 132l SGB V unverzüglich die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt. <sup>2</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die

erforderlichen Maßnahmen zur Prüfung eines Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials ein.<sup>3</sup>Die Krankenkasse wird über das Ergebnis informiert.

(6) <sup>1</sup>Eine Beteiligung an der medizinischen Behandlungspflege durch An- und Zugehörige muss ermöglicht werden, soweit diese und die oder der Versicherte das wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die An- und Zugehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. <sup>2</sup>Hierzu sind Absprachen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und dem Leistungserbringer nach § 132I Absatz 5 SGB V zu treffen. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert die Krankenkasse unverzüglich über den von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum angestrebten Leistungsumfang.

(7) Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt informiert den Leistungserbringer nach § 132I SGB V über neue pflegerelevante Befunde.

(8) <sup>1</sup>Im Rahmen von Hausbesuchen durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt sind die Pflegedokumentation und bei beatmeten Versicherten zusätzlich die im Beatmungsgerät hinterlegten Beatmungsparameter und das Beatmungsprotokoll auszuwerten. <sup>2</sup>Dies erfolgt gegebenenfalls in Abstimmung mit den potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzten. <sup>3</sup>Die verordnende Vertragsärztin beziehungsweise der verordnende Vertragsarzt vermerkt bei Bedarf Anordnungen in der Pflegedokumentation.

### **§ 13 Evaluation**

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Auswirkungen dieser Richtlinie insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege, der Auswirkungen auf die Versorgung, der Entwicklung der Zahl der verordnenden und potenzialerhebenden Ärzte auch im Verhältnis zu dem nach dieser Richtlinie entstehenden Versorgungsbedarf, der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Ausnahmeregelungen nach § 5 Absatz 3, der Umsetzung der Vorgabe zur Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen vier Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie prüfen.

### **§ 14 Inkrafttreten und Übergang zur Leistungserbringung nach § 132I SGB V**

(1) <sup>1</sup>Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. <sup>2</sup>Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach dieser Richtlinie erfolgen ab dem 1. Januar 2023. <sup>3</sup>Bis zu diesem Zeitpunkt werden Verordnungen zur außerklinischen Intensivpflege nach der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie verordnet.

(2) <sup>1</sup>Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37c SGB V werden von Leistungserbringern erbracht, die über Verträge gemäß § 132I Absatz 5 SGB V verfügen. <sup>2</sup>Die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach § 132I Absatz 5 Satz 1 SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V.

II. Die Richtlinie 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](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 19. November 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V