

# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
eine Änderung der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie:  
Verordnungen im Rahmen der Fernbehandlung und Änderun-  
gen aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Vom 22. Januar 2026

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1</b>	<b>Allgemeine Ausführungen zu den Änderungen in § 6.....</b>	<b>2</b>
2.1.1	Zu Satz 1 bis 3 .....	2
2.1.2	Zu Satz 4 .....	4
2.1.3	Zu Satz 5 .....	5
2.1.4	Zu Satz 6 .....	5
2.1.5	Zu Satz 7 .....	5
2.1.6	Zu Satz 8 .....	5
<b>2.2</b>	<b>Änderung in § 1.....</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>6</b>
<b>5.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>6</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt in der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie, AKI-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V gemäß § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für 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, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,
3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach § 37c Absatz 1 Satz 5 SGB V sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und
4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Allgemeine Ausführungen zu den Änderungen in § 6**

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in Erfurt hat durch Änderung der (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) die Möglichkeit einer ausschließlichen Fernbehandlung eröffnet. In der Folge ist es zu einer sukzessiven Lockerung des Fernbehandlungsverbots in den Berufsordnungen der Ärztekammern gekommen.

Aufgrund der zunehmenden Relevanz der Fernbehandlung und der Lockerung der einschlägigen berufsrechtlichen Vorgaben sieht der G-BA einen Regelungsbedarf hinsichtlich der Möglichkeit einer Verordnung im Rahmen einer Fernbehandlung. Mit der nun getroffenen Regelung greift der G-BA die in der MBO-Ä normierten Vorgaben auf und trägt ihnen Rechnung.

Im neu eingefügten § 6 Absatz 1a der AKI-RL werden die Voraussetzungen zur Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung geregelt. Danach ist die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege, soweit dies im jeweiligen Fall vertretbar ist, mittelbar persönlich im Rahmen der Videosprechstunde möglich. Es besteht keine Verpflichtung zur Teilnahme an einer Videosprechstunde. Die Teilnahme ist für alle Teilnehmer freiwillig (vgl. zur Videosprechstunde auch die Anlage 31b BMV-Ä). Eine Verordnung kann im mittelbar persönlichen Kontakt nur über eine Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner erfolgen. Damit ist auch eine Abgrenzung zu weiteren Kommunikationsmedien, wie z. B. Chat, E-Mail, Fax oder Telefon, gegeben.

#### **2.1.1 Zu Satz 1 bis 3**

Die Verordnerin oder der Verordner entscheidet aus ärztlicher Sicht unter Beachtung der jeweiligen berufsrechtlichen Vorgaben für Ärztinnen und Ärzte über die Vertretbarkeit einer

Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde. Dieser Regelungsansatz entspricht dem der aktuellen berufsrechtlichen Vorgaben, die jeweils vom Grundsatz der Behandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt zur Versicherten oder zum Versicherten ausgehen.

Der Begriff „vertretbar“ beinhaltet bereits die Beachtung von berufsrechtlichen Besonderheiten. Zur Klarstellung wird durch die Formulierung „unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben“ ausdrücklich und ergänzend auf das Berufsrecht Bezug genommen. Dabei sind auch die Vorgaben in der Anlage 31b BMV-Ä einzuhalten.

Darüber hinaus sind auch die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie die weiteren gesetzlichen Vorgaben zur Erbringung der Videosprechstunde zu beachten.

Voraussetzung für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist, dass sich die Verordnerin oder der Verordner vom Gesundheitszustand der oder des Versicherten persönlich überzeugt hat oder dieser aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

Der Wortlaut „persönlich“ setzt die Anwesenheit der oder des Versicherten in seiner Person voraus. Das bedeutet, dass nicht eine andere Person anstelle der oder des Versicherten alleinig anwesend sein kann. Dies gilt gleichermaßen für die Videosprechstunde wie für die Präsenzbehandlung. Im Falle der Videosprechstunde ist die oder der Versicherte zwar nicht in Präsenz vor Ort, aber in technischer Vermittlung durch die Videoverbindung in Echtzeit mittelbar persönlich anwesend.

Die begriffliche Abgrenzung zwischen „mittelbar persönlich“ und „unmittelbar persönlich“ wurde vorgenommen, weil die ärztliche Konsultation per Videosprechstunde nicht vollumfänglich, sondern nur eingeschränkt erfolgen kann. So kann etwa im Rahmen einer Videosprechstunde zwar eine ärztliche Untersuchung erfolgen, soweit akustische und visuelle Eindrücke, Stimme oder Erscheinungsbild, die durch die Verordnerin oder den Verordner auch auf diesem Wege häufig gut beobachtet werden können, für die Untersuchung hinreichend sind. Vor allem nonverbale Signale wie Mimik, Gestik und emotionale Präsenz sind aber gegenüber einem unmittelbar persönlichen Kontakt eingeschränkt beurteilbar. Einige Untersuchungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel das Abtasten, spezifische Funktionstests oder Untersuchungen, die den Einsatz von diagnostischen Geräten voraussetzen, sind nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Darüber hinaus wird die Videosprechstunde von technischen Faktoren (Übertragungsqualität, Lichtverhältnisse in der Häuslichkeit der Versicherten, Bildqualität) beeinflusst, so dass nicht die gleichen Eindrücke gesammelt werden können, wie es bei einer unmittelbar persönlichen Behandlung der Fall ist. Dies führt neben den vorgenannten prinzipbedingten Einschränkungen der Befunderhebung dazu, dass die Verordnerin oder der Verordner auch die Aussagen der oder des Versicherten zur Erkrankung nicht in jedem Einzelfall vollumfänglich überprüfen bzw. nachvollziehen kann.

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der außerklinischen Intensivpflege um die Versorgung von schwerkranken Patientinnen und Patienten mit einem hohen und kontinuierlichen Versorgungsbedarf handelt, ist mit Satz 3 vorgesehen, dass mindestens eine unmittelbar persönliche Konsultation innerhalb der letzten zwölf Monate stattgefunden haben muss. Diese muss nicht im Zusammenhang mit einer konkreten Verordnung stehen, sondern dient der regelmäßigen unmittelbaren Einschätzung des Gesundheitszustands. Die jährliche persönliche Konsultation stellt sicher, dass ärztliche Einschätzungen nicht ausschließlich auf der Videosprechstunde beruhen, deren diagnostische Möglichkeiten technisch und methodisch begrenzt sind, und stellt die Versorgungsqualität sicher.

### 2.1.2 Zu Satz 4

Die Verordnung kann ferner nur dann mittels Videosprechstunde erfolgen, wenn die oder der Versicherte, die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, die zu einem Fremdhilfebedarf führen, der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person, die mit der Verordnerin oder dem Verordner gemeinschaftlich unter Zugriff auf die gemeinsame Patientendokumentation die oder den Versicherten behandelt, unmittelbar persönlich bekannt sind.

Aus der gewählten Formulierung „oder einer anderen verordnungsberechtigten Person, die mit der Verordnerin oder dem Verordner gemeinschaftlich unter Zugriff auf die gemeinsame Patientendokumentation die oder den Versicherten behandelt“ wird deutlich, dass es dem G-BA unabhängig von der gewählten Organisationsform darauf ankommt, dass in der jeweiligen Organisationsform eine gemeinsame Patientenbehandlung und eine gemeinsame Patientendokumentation gewährleistet ist. Als Organisationsform in Betracht kommen beispielsweise Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren oder auch ermächtigte Einrichtungen im Krankenhaus. Beim Zugriff auf die gemeinsame Patientendokumentation wird von der Beachtung der berufsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Voraussetzungen ausgegangen.

Eine Verordnung per Videosprechstunde darf nicht durch die Erkrankung, etwa aufgrund ihrer Art und Schwere, ausgeschlossen sein. Die Verordnerin oder der Verordner entscheidet hierüber unter Beachtung ihrer oder seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht. Die Verordnerin oder der Verordner hat die Grenzen des Beratungs- und Behandlungsgeschehens verantwortungsbewusst zu setzen. Es bedarf in jedem Einzelfall einer umsichtigen Abwägungsentscheidung darüber, ob die Schilderungen der oder des Versicherten im Rahmen der ärztlichen Befundung insgesamt ausreichend sind für eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde.

Maßgeblich für diese Abwägungsentscheidung ist unter anderem, ob der Verordnerin oder dem Verordner der Gesundheitszustand der oder des Versicherten aus einer bereits laufenden Behandlung ausreichend bekannt sind, also insbesondere ob es bereits einen unmittelbar persönlichen Kontakt zwischen der Verordnerin oder dem Verordner und der oder dem Versicherten gab, aufgrund dessen die Verordnerin oder der Verordner bereits Kenntnisse zu wesentlichen Vorbefunden und zum sozialen Umfeld sowie Informationen über den Krankheitsverlauf hat. Weitere Kriterien können die spezifische Symptomatik der oder des Versicherten sowie Art und Schwere der Beschwerden darstellen.

Bei einer Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sind neben der verordnungsrelevanten Diagnose auch die Beeinträchtigungen der Funktionalität, die zu einem Fremdhilfebedarf durch eine geeignete Pflegefachkraft für die jeweilige Leistung führen, zu beurteilen. Einige Untersuchungen zur Prüfung der Funktionseinschränkung können nur unmittelbar persönlich durchgeführt werden. Daher ist es wichtig, dass der Verordnerin oder dem Verordner auch die vorgenannten Einschränkungen bekannt sind.

Vor diesem Hintergrund kann eine Erstverordnung nicht mittelbar persönlich im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen. Folgeverordnungen sind hingegen bei Vertretbarkeit im Rahmen einer Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner grundsätzlich möglich, weil hier gesichert ist, dass die zur Verordnung führende Indikationsstellung einschließlich der erforderlichen Befunderhebung und Diagnostik anlässlich der erstmaligen Verordnung im Rahmen der unmittelbar persönlichen Behandlung durch die Verordnerin oder den Verordner erfolgt ist. Somit gilt: Eine Erstverordnung muss im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung ausgestellt werden. Eine Folgeverordnung kann per Videosprechstunde ausgestellt werden.

### **2.1.3 Zu Satz 5**

Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen.

### **2.1.4 Zu Satz 6**

Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären.

### **2.1.5 Zu Satz 7**

Satz 7 stellt klar, dass Versicherte keinen Anspruch auf die Verordnung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung im Rahmen einer Videosprechstunde haben.

### **2.1.6 Zu Satz 8**

In Satz 8 wird klarstellend darauf hingewiesen, dass die Verordnerin oder der Verordner bei der Videosprechstunde die Authentifizierung der oder des Versicherten durchzuführen hat. Das Nähere zu Verordnungen im Rahmen der Videosprechstunde wird in den Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge geregelt.

## **2.2 Änderung in § 1**

Die Änderung in § 1 Absatz 1 Satz 3 ist angelehnt an die aktuell vorgesehene vergleichbare Anpassung der korrespondierenden Norm des § 2 Absatz 1 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie). Der Begriff der „Delegation“ wurde im Vertragsarztrecht inhaltlich angepasst. Die bisherige in der HKP-Richtlinie seit dem Jahr 2000 bzw. in der AKI-Richtlinie seit dem Jahr 2022 (Erstfassung) Verwendung findende Formulierung ließ daher hinsichtlich der Verantwortung für die Durchführung der Maßnahmen Interpretationsspielraum. Konkret wäre also unklar, ob es sich um eine delegationsfähige Leistung im Sinne des Vertragsarztrechts handelt, für die die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt die Durchführungsverantwortung trägt, oder ob die Verantwortung bei den Pflegekräften/Pflegefachkräften liegt. Dies gilt auch in Bezug auf Außerklinische Intensivpflege.

Durch die angepasste Formulierung wird klargestellt, dass die Verantwortung für die Durchführung der verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen bei den Pflege(fach)kräften liegt. Damit wird deutlich, dass es sich nicht um eine Delegation im Sinne der Delegation ärztlicher Leistungen mit einer fortbestehenden ärztlichen Durchführungsverantwortung handelt, sondern um die Übertragung von Aufgaben, deren Durchführung und Verantwortung in die Zuständigkeit der Pflege(fach)kräfte fallen.

Diese Änderung dient ausschließlich der Klarstellung der bestehenden Rechtslage und hat keine Auswirkungen auf die bisherige Durchführungsverantwortung. Auch hinsichtlich der Beurteilung, welche Maßnahmen der ärztlichen Behandlung unter den Begriff der Behandlungspflege fallen, bleibt es dabei, dass diese dem Grunde nach delegationsfähig sein müssen.

Durch die Anpassung wird somit die Eindeutigkeit der Regelung erhöht, ohne die bisherigen Zuständigkeiten oder Verantwortlichkeiten zu verändern.

### 3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die Stellungnahmen ausgewertet. Im Ergebnis wurde der Beschlussentwurf nicht geändert.

Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel B der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

### 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
20.02.2025	Plenum	Beschluss zur Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 VerfO
16.09.2025	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der AKI-RL
09.12.2025	UA VL	Abschließende Würdigung der schriftlichen Stellungnahme aus dem Stellungnahmeverfahren
22.01.2026	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der AKI-RL

Berlin, den 22. Januar 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken