

Außerklinische Intensivpflege

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. 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 erforderlich ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt. Das Therapieziel ist

mit dem Versicherten zu erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben und zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken. Zur Erhebung nach Satz 5 sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; in diesem Fall nehmen sie zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. 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 und junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, sowie für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an einen besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,

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 Qualifikation der Leistungserbringer nach Nummer 2,~~

3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Absatz 1 Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und

4. an die besondere Qualifikation des verordnenden Vertragsarztes.

(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42, 43 des Elften Buches erbringen,

2. in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sowie Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches, in denen Leistungen nach § 43a des Elften Buches erbracht werden,

3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1 oder

4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.

Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung nach Satz 1 sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann; dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.“

„Über die Nachbesserungsmaßnahmen nach Satz 3 schließt die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung, an der sich nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs weitere Leistungsträger anderer Sozialgesetzbücher zu beteiligen haben. Zur Umsetzung der Zielvereinbarung schuldet die Krankenkasse nur Leistungen nach diesem Buch.“

Die Feststellung der Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfolgt durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten und des Leistungsorts durch den Medizinischen Dienst. Die Krankenkasse hat den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege regelmäßig, mindestens jährlich zu prüfen und hierzu eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes nach Satz 4 zu veranlassen.

Verweigert der Versicherte in den Fällen des Satzes 1 Nummer 4 eine Begutachtung des Leistungsortes in der eigenen Häuslichkeit durch den Medizinischen Dienst, kann die Leistung in der eigenen Häuslichkeit versagt und der Versicherte auf Leistungen im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 bis 3 verwiesen werden. Die §§ 65, 66, 67 des Ersten Buches bleiben unberührt.

„Ist die Feststellung nach Satz 6 oder die Überprüfung nach den Sätzen 8 und 9 nicht möglich, weil der oder die Versicherte oder eine andere an den Wohnräumen berechtigte Person sein oder ihr Einverständnis zu der nach den Sätzen 7 bis 9 gebotenen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in den Wohnräumen nicht erteilt hat, so kann in den Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erbracht oder gewünscht werden, die Leistung an diesem Ort versagt und der oder die Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden.“

(3) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches. Die Satzung kann bestimmen, dass die Leistungen nach Satz 1 weitergewährt werden, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt. „Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches festgestellt ist. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, dass die Leistungen nach Satz 1 unter den in Satz 2 genannten Voraussetzungen auch über den in Satz 2 genannten Zeitraum hinaus weitergewährt werden.“

(4) Kann die Krankenkasse keine qualifizierte Pflegefachkraft für die außerklinische Intensivpflege stellen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 2

Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nr. 5 SGB V in Verbindung mit § 29 des Neunten Buches bleibt davon unberührt.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr an die Krankenkasse. In den Fällen des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 4 leisten Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, als Zuzahlung abweichend hiervon den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem Leistungsort nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 erhalten und die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertrage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vor. Darin sind insbesondere aufzuführen

1. die Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle,
2. Angaben zur Leistungsdauer,
3. Angaben zum Leistungsort und
4. Angaben zu möglichen Widerspruchsverfahren in Bezug auf die Leistungsbewilligung und deren Ergebnis.“