

## Alt und krank – wer hilft?

Ein Leitfaden für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten  
bei Problemen in der gesundheitlichen Versorgung





## Inhalt

<b>1. Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>2. Versorgungslücken im Gesundheitsbereich</b>	<b>6</b>
<b>3. Worum geht es? – Beispiele aus der Praxis</b>	<b>8</b>
<b>4. Zum Vorgehen</b>	<b>10</b>
<b>5. Das Redaktionsteam</b>	<b>12</b>
<b>6. Fallbeispiele aus der Praxis</b>	<b>14</b>
6.1 Haus- und fachärztliche Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im eigenen Haushalt	14
6.2 Häusliche Krankenpflege – Sicherstellung ambulanter Pflege bei bisher unversorgten Patienten	22
6.3 Verordnung von Hilfsmitteln – während eines Krankenhausaufenthaltes	26
6.4 Krankentransport immobiler Patienten zu ambulanter Behandlung	30
6.5 Versorgungs- und Entlassungsmanagement – Entlassung in die häusliche Pflege	34
6.6 Versorgungs- und Entlassungsmanagement – Entlassung in die Rehabilitation	38
6.7 Hinweise zu Hilfsangeboten für Menschen in seelischer Not oder Krisensituationen	42
<b>7. Wir sind nicht allein – bundesweite Beispiele</b>	<b>44</b>
• Bremer Aktionsbündnis „Ambulante Versorgungslücken“	44
• Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen	46
<b>8. Rechtsgrundlagen</b>	<b>48</b>
• zur ärztlichen Versorgung, Kapitel 6.1	48
• zur Verordnung häuslicher Krankenpflege, Kapitel 6.2	58
• zur Verordnung von Hilfsmitteln, Kapitel 6.3	68
• zum Transport, Kapitel 6.4	71
• zum Versorgungs- und Entlassungsmanagement, Kapitel 6.5 und 6.6	74
• zu Hilfsangeboten für Menschen in seelischer Not oder Krisensituationen Kapitel 6.7	83
<b>9. Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>84</b>
<b>Impressum</b>	<b>87</b>

# 1. Vorwort



**Katrin Lompscher**  
Senatorin für Gesundheit, Umwelt und  
Verbraucherschutz

## **Liebe BerlinerIn, lieber BerlinerIn,**

wir alle müssen uns früher oder später die Frage stellen, was passiert mit mir, wenn ich nach einem Krankenhausaufenthalt entlassen werde. Werde ich gesund genug sein, mich alleine zu versorgen oder wer wird sich um mich kümmern? Sie halten eine Broschüre der Berliner Patientenbeauftragten in den Händen, die Ihnen und Ihren Angehörigen, aber auch Fachleuten bei diesem wichtigen Thema weiterhelfen soll.

Die Dauer des Krankenhausaufenthalts ist in den letzten Jahren kürzer geworden. Viele Kritiker der neuen Krankenhausfinanzierung hatten befürchtet, dass die Patientinnen und Patienten aus Kostengründen zu schnell aus den Kliniken entlassen werden. Auch wenn sich die Zahl der durchschnittlichen Krankenhaustage in den letzten Jahren deutlich verringert hat, mit offenen Wunden wird niemand aus einem Krankenhaus entlassen.

Kurze Krankenhausaufenthalte bedeuten aber auch, dass Patientinnen und Patienten heute eher zu Hause gesund werden und dass sie sich dort um ihre Belange selber kümmern müssen. Viele Patientinnen und Patienten und ihre Familien tun das aktiv, selbständig und gemeinsam.

Sie schaffen das ohne Hilfe von Außen. Was aber ist mit denjenigen, die alleine sind, die älter sind und möglicherweise nicht mehr mobil?

Eine ambulante Versorgung durch professionelle Dienste funktioniert leider nicht immer. Ältere Menschen sind nach einer Operation oftmals stärker beeinträchtigt als jüngere. Krebspatientinnen und -patienten brauchen nach einer Operation vielleicht keine Krankenhausbetreuung, es fehlt ihnen aber die Kraft, sich alleine zur ambulanten Chemotherapie zu begeben oder ihren Haushalt zu versorgen. Viele suchen Rat bei Krankenkassen, Pflegediensten oder bei der Patientenbeauftragten.

Die Zahl der Beschwerden und die Dringlichkeit, mit der die Probleme im Büro der Patientenbeauftragten vorgetragen werden, zeigen, dass vieles an den Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung nicht optimal funktioniert. Viele dieser Schwierigkeiten an den Übergängen des Behandlungsprozesses kann nicht eine Instanz alleine lösen.

Hier besteht also Handlungsbedarf. Die Zahl chronischer Erkrankungen steigt, zunehmend mehr ältere Menschen leben alleine und haben im immer höheren Alter oft mehrere Krankheiten gleichzeitig.

Da sind Konzepte gefragt, die den einzelnen Partnern durch klare gesetzliche und formale Vorgaben, funktionale Handlungsanleitungen und ausreichend kompetentes Personal eine funktionierende Zusammenarbeit ermöglichen.

Die Patientenbeauftragte hat die wichtigen Vertreterinnen und Vertreter des Berliner Gesundheitsbereichs an einen Tisch geholt, um zu klären, was warum an welcher Stelle hakt. Es hat sich gezeigt, dass die Klärung rechtlicher und die Abgrenzung förmlicher Zuständigkeiten oftmals schwierig ist. Die in der Arbeitsgruppe zusammengetragenen Handlungsempfehlungen sollen allen Beteiligten helfen, sich besser zu orientieren.

Für die Diskussion um die Schließung von Versorgungslücken zwischen den Sektoren im Gesundheitsbereich ist damit schon ein wichtiger Beitrag geleistet. Ich danke allen für die bisherige aktive Mitarbeit und hoffe auf weitere Unterstützung.

**Katrin Lompscher**

Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

## 2. Versorgungslücken im Gesundheitsbereich



**Karin Stötzner**  
Patientenbeauftragte für Berlin

Wenn das Thema Patienteninteressen die Öffentlichkeit erreicht, stehen meist Skandale im Vordergrund oder es geht um das leidige Thema Geld bei der Finanzierung der Gesundheitsleistungen. Der Alltag der gesundheitlichen Versorgung, die in Deutschland ohne Zweifel ein sehr hohes Niveau hat, kommt nur gelegentlich vor. Manchmal werden die langen Wartezeiten auf Facharzttermine kritisiert oder Probleme mit den steigenden Eigenleistungen der Patienten – wie zum Beispiel Praxisgebühr, Zuzahlungen, Zusatzbeitrag, privater Zuschlag auf Medikamente angesprochen.

Dass daneben Patientinnen und Patienten jeden Tag die unterschiedlichsten Erfahrungen machen, die ein bezeichnendes Licht auf den Versorgungsalltag werfen und deswegen unsere Aufmerksamkeit verdienen, findet kaum Beachtung. Es gibt eine Vielzahl von Problemen, die für große Gruppen von Patienten bedeutsam sind, die bisher aber eher im Verborgenen abgehandelt werden. Ein Grund für die fehlende Aufmerksamkeit für diese Sorgen von Patienten ist oft die Tatsache, dass die Probleme durch komplizierte Zuständigkeiten und rechtliche Rahmenbedingungen bedingt sind, die auch für Fachleute nicht immer leicht zu durchschauen sind.

Wir wollen mit dieser Broschüre das Licht auf einen Bereich der Versorgung und auf eine Patientengruppe richten, die exemplarisch dafür sind, dass trotz einer Vielzahl von gesetzlichen und förmlichen Regelungen im Gesundheitswesen, an Einrichtungen und Versorgungsangeboten Lücken entstehen, die existenziell werden können.

Es geht um **Versorgungslücken von Patienten im Übergang zwischen verschiedenen Einrichtungen und Bereichen im Gesundheitswesen**. Faktisch geht es um **den Anspruch einer ganzheitlichen und an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Gesundheitsbetreuung**, die in einem immer arbeitsteiligeren Hilfesystem nicht immer gelingt.

Im Mittelpunkt stehen die Sorgen vor allem von **alten und kranken Menschen**, die zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt in ihre eigene Häuslichkeit entlassen werden und in dieser geschwächten Situation auf Hilfe angewiesen sind.

Obwohl es in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen für eine integrierte und sektorenübergreifende Versorgung, für ein zielgerichtetes „Fallmanagement“ (Case-Management), strukturierte

Behandlungsprogramme und sogar eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser für ein verbindliches und geregeltes Entlassungsmanagement gegeben hat, bleiben viele Menschen alleine und hilflos zwischen verschiedenen Stationen hängen. Sie geraten zwischen die Zuständigkeiten der Akteure, die nicht selten in erheblicher Kostenkonkurrenz die Problemlösung hin und her schieben: Ärzte, Pflege oder Sozialdienst im Krankenhaus, ambulante Pflegedienste, Kassen oder Reha-Einrichtungen. Notwendig ist eine sektor-, berufs- und trägerübergreifende Zusammenarbeit um diese Versorgungsprobleme zu lösen.

Durch die Einführung von so genannten Fallpauschalen bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen (DRG) haben sich tatsächlich, wie gewollt, die Zeiten eines Krankenhausaufenthaltes erheblich verkürzt. Dadurch wurden beträchtliche Phasen des Heilungsvorgangs in den Bereich der ambulanten Versorgung verlagert.

Für die Organisation dieser Anschlussversorgung im ambulanten Bereich sind oft die Betroffenen selber verantwortlich. Die Patientinnen und Patienten, für die ein geregeltes Entlassungsmanagement greift sind eher selten. So müssen die Menschen im Heilungsprozess die ärztli-

che Weiterbehandlung regeln, Krankenpflege beantragen und Rehabilitation oder Krankentransport organisieren oder Anträge für Heil- und Hilfsmittel in Eigenverantwortung beschaffen. Dies ist im Sinne der von Vielen gewünschten Patientensouveränität auch richtig.

Es gibt aber Menschen, die in dieser Situation der Schwächung dazu nicht in der Lage sind. Es sind alte, meist alleinlebende Kranke. Und hier insbesondere diejenigen, die weniger mobil sind und solche die nur über geringe Einkommen verfügen. Sie können die Probleme einer unzureichenden Abstimmung der medizinischen, nachsorgenden, psychologischen oder sozialen Etappen in der Behandlungskette nicht alleine bewältigen.

Die hier vorliegenden Anregungen für die Praxis zeichnen Probleme dieser Gruppe nach und versuchen Entscheidungshilfen und Handlungsanregungen zu geben.

### 3. Worum geht es? – Beispiele aus der Praxis

(...) Eine ältere Krebspatientin hat eine schwere Operation hinter sich. Vorgeschlagen wird eine anschließende Chemotherapie. Diese soll ambulant durchgeführt werden. Da die Operationswunde keine Krankenhausbehandlung mehr erforderlich macht, wird die Patienten nach Haus entlassen. Sie lebt allein. Hier fehlt ihr in ihrer physisch und psychisch geschwächten Situation auch eine Unterstützung im Alltag. Es fehlt die Kraft zu Einkäufen und Haushaltsleistungen sowie für die Wege zu nachbehandelnden Ärzten. Es wird kein Pflegedienst eingeschaltet. Sie kann sich nicht versorgen und wird dadurch weiter geschwächt, was einen erneuten Krankenhausaufenthalt erforderlich macht. (...)

(...) Ein Patient wird nach mehrwöchigem stationären Aufenthalt aus der Klinik entlassen. Nach einem epileptischen Anfall mit Sturzfolge ist er inkomplett querschnittgelähmt. Vor dem Krankenhausaufenthalt war er lange nicht in ärztlicher Behandlung, weil es dazu keine Notwendigkeit gab. Der Klinik ist bekannt, dass der Patient keinen Hausarzt hat. Ihm werden Medikamente für drei Tage mitgegeben. Die ambulante Pflegestation wird informiert, dass sie den Patienten versorgen soll und einen Hausarzt für ihn suchen soll. Die Mitarbeiter der Pflegestation bemü-

hen sich sofort, einen Hausarzt zu finden, der bereit ist, Mitte Dezember einen neuen Patienten aufzunehmen. Die meisten Arztpraxen haben keine Kapazität und ihr Budget ist erschöpft. Von einer Praxis wurden die Mitarbeiter der Pflegestation ausgelacht. Zwei Arztpraxen wären bereit gewesen den Patienten aufzunehmen, wenn er in die Praxis kommt. Aufgrund seiner Behinderung ist er jedoch auf einen Rollstuhl angewiesen und kann nur in einem Tragestuhltaxi oder einem Krankentransport zu der Praxis kommen. Das Taxiunternehmen braucht jedoch vor dem Transport die Bewilligung der Krankenkasse, die Krankenkasse braucht eine Transportverordnung vom Arzt und der Arzt kann diese nicht ausstellen, wenn er den Patienten vorher nicht gesehen hat. Das Ergebnis ist, dass der Patient weder die von der Klinik empfohlene Medikation einnehmen kann, noch adäquat medizinisch versorgt werden kann.

(...) In einem Fall wird eine Patientin nach einer Oberschenkelfraktur aus dem Krankenhaus entlassen. Sie benötigt verschiedene Medikamente, unter anderem Schmerzmedikamente sowie Heparin-Injektionen. Die Pflegestation versucht sofort, entsprechende Rezepte und Verordnungen von der Hausärztin zu bekommen. Diese verweist darauf, dass die

erbetenen Medikamente bei dem behandelnden Orthopäden bestellt werden müssen. Dieser informiert die Pflegestation, dass er die Medikamente nicht verschreiben kann, solange er die Patientin nicht gesehen hat. Einen Termin kann er ihr aber erst 14 Tage später geben. Es folgten diverse Telefonate zwischen der Pflegestation und den beiden Arztpraxen, die zu keinem anderen Ergebnis führten.

Letztendlich erklärt sich ein Facharzt für Rheumaerkrankungen, bei dem die Patientin vor über einem Jahr in Behandlung war, bereit, die Rezepte auszustellen um zu verhindern, dass sie erneut stationär aufgenommen werden muss. Weder der behandelnde Orthopäde, noch die Hausärztin sehen sich in irgendeiner Form in der Verantwortung. Sie sind auch nicht bereit, miteinander zu kommunizieren. Dem Entlassungsbericht der Klinik ist zu entnehmen, dass die Patientin das Bein noch nicht belasten darf. Den Termin bei ihrem Orthopäden muss die Patientin zur Sicherung der weiteren Behandlung unbedingt wahrnehmen. Es ergibt sich die gleiche Problematik, wie im vorab geschilderten Fall: Der Orthopäde hat sie das letzte Mal vor dem Krankenhausaufenthalt gesehen und kann keinen Transportschein ausstellen, die Krankenkasse kann nicht bewilligen, die Krankentransportfirmen können den Auftrag nicht





annehmen. Nach vielen Telefonaten erklärt sich ein Krankentransportunternehmen bereit, den Transport zu übernehmen, wenn sie beim Orthopäden einen entsprechenden Transportschein bekommen.

Einige Wochen später erhält die Patientin von dem Krankentransportunternehmen eine Rechnung über diesen Transport zum Orthopäden über 98,- Euro. Es stellt sich heraus, dass die Krankenversicherung rückwirkend eine Beförderung im Tragestuhl-taxi bewilligt hat, nicht aber einen Krankentransport.

Das Krankentransportunternehmen kann die von der Kasse bewilligte Leistung nicht abrechnen. Weder der Arzt, noch der Pflegedienst konnten im Vorfeld absehen, ob ein Transport im Tragestuhl-taxi ausreichend gewesen wäre (abgesehen davon war diese Möglichkeit vorher gar nicht bekannt). Nach Auskunft der Krankenversicherung muss die Patientin die Differenz zwischen Krankentransport und Tragestuhl-taxi nun selbst bezahlen. (...)

(...) Ein schwieriges Unterfangen sind Transporte zum Arzt, wenn die gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt sind (z. B. Pflegestufe 2 oder das Merkzeichen aG im Schwerbehindertenausweis). Häufig kommt es vor, dass Menschen nicht die Voraussetzungen für die Pflegestufe 2 erfüllen, dennoch auf einen Rollstuhl oder Rollator angewiesen sind, Hilfe beim Treppensteigen benötigen und sich nur in Begleitung außerhalb ihrer Wohnung bewegen können. Die Bearbeitungszeiten für Anträge auf Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis können Monate betragen, häufig wird erst nach sechs Monaten mit der Bearbeitung begonnen, mit der Begründung, dass sich der Gesundheitszustand bis dahin wieder bessern könnte.

In dieser Zeit ist es zwar möglich, den Sonderfahrdienst für Menschen mit Behinderungen zu nutzen, da aber nur noch wenige Fachärzte bereit sind, Hausbesuche zu unternehmen, kommt es häufiger zu Situationen, in denen Patien-

tinnen und Patienten Arztpraxen aufsuchen müssen. Wenn Pflegedienste sich in solchen Fällen bereit erklären, Patientinnen und Patienten zu dringend erforderlichen Arztterminen zu begleiten, benötigen sie für die Kostenübernahme grundsätzlich vorab die Bewilligung des Sozialamtes. Einige Sozialämter fordern eine Ablehnung der Krankenversicherung, welche es in schriftlicher Form nur nach Einreichen einer Krankentransportverordnung gibt. Diese kann, wie beschrieben, jedoch in einigen Fällen erst beim Arztbesuch ausgehändigt werden.

Um dringend erforderliche medizinische Behandlungen der Patientinnen und Patienten zu sichern, sind somit die Pflegedienste gefordert, Begleitungen zum Arzt durchzuführen, ohne zu wissen, ob die Kosten erstattet werden. Die Arbeit, die mit einer Kostenübernahme verbunden ist, steht hier unserer Auffassung nach in keinem Verhältnis zu der Vergütung – wenn es überhaupt zu einer Vergütung der Leistung kommt. (...)

## 4. Zum Vorgehen

Anlass für die hier vorliegende Praxishilfe sind Beschwerden zu den genannten Themen, die im Büro der Patientenbeauftragten für Berlin vorgetragen werden. Es sind „Hilferufe“, Anklagen von „Missständen“ und Hinweise auf „Situationen voller Verzweiflung“.

So haben sich Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten, aus den Gerontopsychiatrischen-geriatrischen Verbänden an die Patientenbeauftragte mit der Bitte gewandt, bei der Regelung scheinbar unlösbarer Schnittstellenprobleme zu helfen. Es zeigte sich, dass die geschilderten Fälle beispielhaft und symptomatisch für Zuständigkeitsfragen im System sind, in dem jeder Akteur mit großer Sorgfalt darauf achtet, dass seine rechtliche Position gewahrt bleibt und letztlich möglichst das Budget des Anderen belastet wird.

In einem Schreiben des Gerontopsychiatrischen-geriatrischen Verbundes Tempelhof-Schöneberg heißt es dazu: *„Für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen ist es oft schwer zu verstehen, dass die Verantwortung für diese Missstände nicht vordergründig bei den ambulanten Pflegestationen zu suchen ist. Es ist nur schwer zu vermitteln, dass Pflegedienste in diesen Angelegenheiten an Grenzen stoßen, die scheinbar auf gesetzlichen Grundlagen basieren und dem Heilungs-*

*prozess der Patientinnen und Patienten entgegenstehen. Des Weiteren sind es letzten Endes auch die Mitarbeiter der Pflegedienste, die diese Situationen aushalten müssen und viel Zeit investieren, Lösungen zu finden.“*

Auf Grund dieser Anfragen von Betroffenen und der Gerontopsychiatrischen-geriatrischen Verbände wurde in einem ersten Schritt ein Expertenforum unter Beteiligung der Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz einberufen, an dem, moderiert von der Patientenbeauftragten, folgende Akteure ihre Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten vortragen konnten:

- Krankenkassen
- Pflegedienste
- Sozialdienste von Krankenhäusern
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin
- Ärztekammer Berlin
- Verbände von chronisch Kranken und ihren Angehörigen
- Wohlfahrtsverbände
- Seniorenvertretung
- Zuständige Senatsverwaltungen und Ämter der Bezirke
- Pflegewissenschaft

Vor allem von den Mitarbeitern der ambulanten Pflegestationen wurde berichtet, wie schwierig die Zusammenarbeit mit Ärzten, Ämtern und Kranken-

kassen in Bezug auf medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit geworden ist. Immer wieder ging es darum, wer an welcher Stelle welche Zuständigkeit hat und vor allem was mit dem Begriff „Sicherstellungsauftrag“ für die ambulante ärztliche Versorgung gemeint ist. Schnell wurde deutlich, dass es vor allem darum gehen muss, die einzelnen Problemsituationen im Detail zu betrachten und jeweils zu klären, welche rechtlichen Grundlagen in der speziellen Situation wen verpflichten zu handeln.

Die Teilnehmenden des Forums einigten sich auf eine Arbeitsgruppe unter Regie der Patientenbeauftragten, die die Vorlage für diese Handlungshilfe erarbeitet hat. Die relevanten Organisationen haben ihre Fachleute entsandt. Die Arbeitsgruppe hat ein Jahr Einzelfälle als Exempel zusammengetragen und Handlungsanleitungen dazu formuliert.

Deutlich wurde, dass es bereits einzelne Regelungen und Hilfestellungen gibt, die aber nicht allen Akteuren bekannt sind. Anderes ist auch bei einer umfassenden Sammlung rechtlicher Grundlagen noch ungenügend oder überhaupt nicht geregelt. Hier wurde deutlich, dass auch der politische Handlungsbedarf benannt werden muss.

Politische Interventionen brauchen eine Basis von konkreten Problembeispielen, um begründet und plausibel argumentieren zu können. Dafür ist es wichtig, diese Defizite in der Versorgung von Berliner Patientinnen und Patienten benennen zu können und diese zu dokumentieren.

Für eine politische Dokumentation von Versorgungsengpässen sollte – so die Empfehlung der Arbeitsgruppe – eine Anlaufstelle geschaffen werden. Diese Funktion soll das Büro der Patientenbeauftragten übernehmen. Die Arbeitsgruppe ging deswegen auch mit dem Vorschlag für eine solche „Meldestelle“ in die Landesgesundheitskonferenz 2009, wo dieser zustimmend aufgegriffen wurde.

Die Aufforderung geht also auch an die Leserinnen und Leser dieser Broschüre: Melden Sie uns Schwierigkeiten und Probleme zu Defiziten in der Versorgungskette!

### **Patientenbeauftragte für Berlin**

Brückenstraße 6  
10179 Berlin  
Tel.: 9025 20 10  
E-Mail:  
patientenbeauftragte@senguv.berlin.de

Ich möchte mit dieser Broschüre Betroffene und ihre Angehörigen in die Lage

versetzen, ihre Rechte einzufordern. Sie finden darin einige exemplarische Beispiele, die mich erreicht haben. Vieles konnte bisher keine Berücksichtigung finden und ist für eine 2. Auflage erst einmal zurückgestellt worden. Sicherlich gibt es in Ihrem Alltag weitere Themen, die in diesem Kontext beschrieben werden sollten. Schreiben Sie mir.

Das Redaktionsteam hat an Hand dieser Beispiele einige (mögliche) Abläufe konstruiert. Darin wird beschrieben, welchen Herausforderungen Pflegebedürftige in verschiedenen Bereichen gewachsen sein müssen. Die Abläufe sind beispielhaft beschrieben – dazwischen finden Sie immer wieder Hinweise, was Sie machen können, wenn es Schwierigkeiten gibt.

Ergänzt werden diese Verläufe durch die Angabe der relevanten Rechtsgrundlagen. Den vollständigen Wortlaut dieser Regelungen finden Sie im Anhang dieser Broschüre, ebenso ein Abkürzungsverzeichnis.

In unseren Textbeispielen wird überwiegend die weibliche Form verwendet. Selbstverständlich gelten diese Hinweise auch für Patienten.

Ich danke allen, die bei der Erarbeitung dieser Handlungshilfe mitgearbeitet haben, insbesondere den engagierten

Mitstreitern des Redaktionsteams Katja Dierich (QVNIA – Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e. V.), Gabriela Seibt (QVNIA), Sibylle Kraus (St. Hedwig Kliniken), Petra Knispel (Universitätsmedizin Charité-Centrum für Schlaganfallforschung), Rosmarie Weise (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz) und Klaus-Dieter Trautmann (Seniorenbeirat Spandau) sowie meiner Kollegin Katrin Ulmer.

Und ich hoffe, dass diese Broschüre Patientinnen und Patienten in die Lage versetzt, ihre Rechte einzufordern und zugleich Aktive in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung befähigt, Ihren Klienten besser helfen zu können.

### **Karin Stötzner**

Patientenbeauftragte für Berlin  
Dezember 2010

## 5. Das Redaktionsteam

### Die Autoren

Die Grundlagen für die Inhalte dieser Handlungshilfen wurden gemeinsam in der Arbeitsgruppe „Versorgungsprobleme alter kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen“ erarbeitet, zu denen Aktive der Berliner geriatrischen/geronto-psychiatrischen Verbände, von Versorgungseinrichtungen und in der Versorgung Tätigen, der Seniorenvertretungen und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gehörten.

Mitgearbeitet haben:

- Prof. Bärbel Dangel – ehs Dresden
- Petra Ewert – Bezirksamt Spandau von Berlin Abt. Soziales und Gesundheit
- Holger Gerecke – Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
- Bettina Grundmann-Horst – AVG e.V.
- Katrin Hans – Pflegestation Meyer und Kratsch
- S. Hellfach – AVG e.V.
- Frau Jupke – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Marzahn-Hellersdorf
- Frau Kaleck – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Schöneberg
- Frau Kistler – DBfK Nordost e. V.
- Yvonne Kopacsi – Mediavita – Häuslicher Pflegedienst
- Dr. Helmut Körngen – Kassenärztliche Vereinigung Berlin
- Prof. Dr. Johannes Korporal – Alice-Salomon-Fachhochschule
- Monika Kunz – DBfK Nordost e.V.
- Angela Nielbock – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Spandau
- Brigitte Petrausch – Sankt Gertrauden-Krankenhaus
- Ariane Rausch – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Tempelhof
- Markus Rohner - Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf
- Joachim Schröder – AOK Berlin-Brandenburg
- Sabine Tietböhl – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Lichtenberg und
- die Mitglieder des Redaktionsteams

### Redaktionsteam

Umgesetzt und in eine laienverständliche Sprache übertragen wurden die komplexen Arbeitsergebnisse und Informationen vom Redaktionsteam dieser Handlungshilfe, das von Katrin Ulmer moderiert wurde:

- **Katrin Ulmer** (Büro der Patientenbeauftragten)
- **Katja Dierich** (QVNIA – Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V.)
- **Petra Knispel** (Universitätsmedizin Charité – Centrum für Schlaganfallforschung)
- **Sibylle Kraus** (St. Hedwig Kliniken)
- **Gabriela Seibt** (QVNIA – Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V.)
- **Karin Stötzner** (Patientenbeauftragte für Berlin)
- **Klaus-Dieter Trautmann** (Seniorenbeirat Spandau)
- **Rosmarie Weise** – Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

## Das Redaktionsteam



Katrin Ulmer



Karin Stötzner



Petra Knispel



Rosmarie Weise



Gabriela Seibt



Katja Dierich



Sibylle Kraus



Klaus-Dieter Trautmann

## 6. Fallbeispiele aus der Praxis

### 6.1 Haus- und fachärztliche Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im eigenen Haushalt

#### Ausgangssituation

Eine Person mit medizinischem Behandlungsbedarf kann die Wohnung nicht verlassen bzw. ist nicht mobil und benötigt einen ärztlichen Hausbesuch. Sie hat keine/n Hausarzt/ärztin. Angesprochene Ärzte im Umfeld verweigern den Hausbesuch bzw. Ärzte nehmen keine neuen Patienten auf. Fachärzte machen keine Hausbesuche.

#### Hintergrund

In bestimmten Regionen und Stadtteilen nimmt die Arztdichte ab. Ärzte haben nicht genügend Kapazitäten für die Versorgung neuer Patienten. Die Gründe für die Ablehnung von Patienten sind nicht immer durchsichtig. Die Bereitschaft zu Hausbesuchen ist nicht immer gegeben.

#### Fragestellung

Wie wird der Sicherstellungsauftrag zur ärztlichen Versorgung umgesetzt?

#### Fallbeispiel aus der Praxis:

Frau Lehmann (72) ist nach dem Tod Ihres Ehemannes aus dem Bundesgebiet in die Nähe ihrer Tochter nach Berlin gezogen. Sie ist für ihr Alter recht fit und hatte keine gravierenden gesundheitlichen Probleme. Lediglich einen Augenarzt hat sie aufgesucht, in hausärztlicher Betreuung ist sie bisher nicht.

Bei einem Ausflug ins Umland erkältet sie sich und bekommt daraufhin hohes Fieber. Sie ist so schwach, dass sie die Wohnung nicht mehr verlassen kann und benötigt dringend ärztliche Hilfe. Ihre Versuche, telefonisch einen Hausarzt/eine Hausärztin zu finden, der/die einen Hausbesuch macht, scheitern. Sie kann nicht verstehen, dass niedergelassene Ärzte in ihrer Umgebung nicht helfen.

Sie will wissen, wen sie ansprechen muss und kann und wer dafür verantwortlich ist.



### Grundsätzliches

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf ärztliche Behandlung. Für gesetzlich Versicherte ist ihre Krankenkasse Vertragspartner und Ansprechpartner bei der sie ihre Ansprüche geltend machen können.<sup>1,2</sup>

Die vertragsärztliche Versorgung ist durch schriftliche Verträge zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen geregelt und in den Bundesmantelverträgen mit den Primär- (BMV-Ä) bzw. Ersatzkassen (EKV) konkretisiert. Diese Verträge werden durch niedergelassene Vertragsärzte eingelöst.<sup>3</sup>

Diese Vertragsregulierung ist der Rahmen für den so genannten Sicherstellungsauftrag zur ärztlichen Versorgung. Durch diese Verträge der Kassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wird die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der Kassen an die KV weitergegeben. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung besteht jedoch gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen und nicht gegenüber dem individuellen Patienten.<sup>4</sup>

Hausbesuche gehören primär zum Berufsbild des Hausarztes.<sup>5,6,7</sup>

Der Umfang der Hausbesuchsverpflichtung umfasst die hausärztliche Präsenz mit Dienstbereitschaft, regelmäßige Hausbesuchstätigkeit zur Behandlung bettlägeriger Patienten, Notfallversorgung einschließlich Einbindung in den organisierten Notfalldienst.

Es besteht eine Versorgungsverpflichtung des Hausarztes (nur) im üblichen Praxisbereich, es sei denn der Fall ist dringend und ein Vertragsarzt im Praxisbereich ist nicht erreichbar.

Fachärzte sind auf Anforderung durch den Hausarzt zum Konsil oder bei Feststellung der Notwendigkeit der ärztlichen Weiterbetreuung selbst zum Hausbesuch verpflichtet. Voraussetzung ist immer, dass dem Versicherten das Aufsuchen der Praxis nicht zumutbar ist.

Im örtlichen Einzugsbereich der Praxis ist eine Verpflichtung zum Hausbesuch unabhängig von einem Vorkontakt in der Praxis. Hierfür spricht auch das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl.<sup>8,9</sup>

1. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 21 Abs. 1 und 2 SGB I
2. i. V. m. Kassenärztlicher Versorgung nach § 73 Abs. 2 SGB V,
3. Bundesmantelverträge (BMV-Ä und EKV)
4. Sicherstellung nach §§ 72, 75 SGB V
5. Vertrag über die hausärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 1c SGB V
6. Anlage 5 BMV-Ä  
Hausärztliche Versorgungsfunktionen nach § 2 Abs. 3
7. Sprechstunden, Besuche nach § 17 Abs. 4, 6 und 7 BMV-Ä
8. Freie Arztwahl nach § 76 SGB V
9. Anspruchsberechtigung und Arztwahl nach § 13 Abs. 3 BMV-Ä

### Ein möglicher Ablauf

#### 1. Vergebliche Suche immobiler Patientin mit Versorgungsbedarf nach Arzt/Ärztin zum Hausbesuch

Die Tochter besucht ihre Mutter und stellt fest, dass sie dringend ärztliche Versorgung benötigt. Auf Grund des Fiebers ist sie sehr schwach und kann die Wohnung nicht verlassen. Da Frau Lehmann bisher nicht in hausärztlicher Betreuung ist, ruft sie den Ärztlichen Bereitschaftsdienst an und bittet um einen Hausbesuch.<sup>1</sup>

#### 2. Anforderung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

✓ Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist erst dann zuständig, wenn der behandelnde Arzt nicht erreichbar ist; also an Wochenenden, Feiertagen und außerhalb der Sprechzeiten.<sup>2,3</sup>

Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 31 00 31  
Notarzt: 112

**Bereitschaftsdienst und Notarzt sind nicht dasselbe!**

#### 3. Empfehlung des Bereitschaftsdienstes: Weiterbehandlung durch niedergelassenen Arzt/Ärztin

Nach einer Stunde steht Herr Dr. Bauer vor der Tür und untersucht Frau Lehmann. Er stellt eine Verordnung aus und empfiehlt ihr dringend, sich in den nächsten Tagen bei einem niedergelassenen Kollegen vorzustellen.

✓ Für Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes sind – unabhängig vom der Zuzahlung beim Hausarzt – 10 € Praxisgebühr zu bezahlen.

#### 4. Suche nach einer Ärztin im Wohnumfeld

Die Tochter fragt in den umliegenden Praxen nach, ob ihre Mutter dort als Patientin aufgenommen werden kann. Adressen und Telefonnummern hat sie im Internet herausgesucht.

✓ Sie können sich beim Gesundheitslotsendienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin unter der Telefonnummer 31 003-222 erkundigen. Diese Informationen finden Sie auch auf den Internetseiten der KV in der Arzt- und Psychotherapeutensuche: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de).

1. Inhalt und Umfang der Sicherstellung nach § 75 SGB V
2. Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
3. Empfehlungen für RiLi der BÄK vom 01.07.1978; vgl. § 9 Abs. 7 der Satzung der KVB



## 5. Keine Behandlung durch angesprochene Ärzte bzw. keine Aufnahme neuer Patienten

Keiner der angesprochenen Ärzte sieht sich in der Lage, Frau Lehmann als neue Patientin aufzunehmen und bei Bedarf auch im Hausbesuch zu betreuen. Die Tochter bekommt häufig das Argument als Begründung für die Terminablehnung, dass das „Budget“ überschritten sei.

✓ Kassenärzte sind zu einem Mindestangebot an Sprechstunden für gesetzliche Versicherte verpflichtet (ca. 20 Stunden).

✓ Ein Arzt darf nur in begründeten Fällen die Behandlung ablehnen. Das sind zum Beispiel:

- Erreichen der Kapazitätsgrenze einer Praxis
- gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient
- mangelnde Kooperation des Patienten
- nicht vereinbare Vorstellungen zu Diagnose und Therapie zwischen Arzt und Patient

✓ Liegt ein Notfall vor, dürfen Patienten nicht abgewiesen werden. Ein Notfall wird wie folgt definiert:  
Der Patient befindet sich in Lebensgefahr oder es sind schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten, wenn er nicht

unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.<sup>1</sup>

Lassen Sie sich im Zweifelsfall nicht von der Anmeldekraft abweisen! Nur der Arzt kann entscheiden, ob keine sofortige Behandlung notwendig ist!

✓ Budgetaspekte sind keine ausreichende Begründung, um ärztliche Leistungen zu verweigern.<sup>2</sup>

Sollten Sie zu unrecht abgewiesen werden, informieren Sie die Kassenärztliche Vereinigung; ebenso Ihre Kasse als Vertragspartner der KV.

## 6. Information der eigenen Krankenkasse

Hilfesuchend wendet sich die Tochter an die Krankenkasse ihrer Mutter. Der zuständige Sachbearbeiter sagt seine Unterstützung zu und nennt die Kontaktdaten von Arztpraxen in der näheren Umgebung.<sup>3</sup>

✓ Kassen müssen ihre Versicherten bei der Arztsuche unterstützen.

Leider zeigt sich, dass bereits alle dort genannten Praxen angefragt wurden. Die Tochter informiert die Kasse über ihre erfolglosen Bemühungen und bittet erneut um Hilfe.

1. Krankentransportrichtlinie § 2 Abs. 2

2. Urteil des Bundessozialgerichtes BSG. B 6 KA 36/00 R und des Landesozialgerichtes LSG NRW MDR 1999, 238

3. §§ 13 (Aufklärung), 14 (Beratung), 15 (Auskunft) Abs. 1 und 2 SGB I

### 7. Information der Kassenärztlichen Vereinigung

Der Sachbearbeiter nimmt Kontakt zur Kassenärztlichen Vereinigung auf und berichtet, dass die ärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist.\*

✓ Kassen ist es nicht erlaubt, sich direkt mit Ärzten in Verbindung zu setzen! Die Mitarbeiter/innen der KV sind verpflichtet, Hinweisen von Kassen oder Versicherten nachzugehen und zu prüfen, aus welchen Gründen die Versorgung einzelner Patienten abgelehnt wurde und ob dies rechtmäßig war.<sup>1</sup>

Mitarbeiter der KV prüfen, aus welchen Gründen die Versorgung von Frau Lehmann abgelehnt wurde. Es stellt sich heraus, dass alle Ärzte eine hohe Zahl von Patienten versorgen, aber einige doch Kapazitäten frei haben. Diese werden angesprochen und gebeten, die Behandlung von Frau Lehmann zu übernehmen. Frau Dr. Richter sagt zu und sucht bereits am nächsten Tag die Patientin zu Hause auf.

### 8. Verpflichtung der Hausärzte zum Hausbesuch

✓ Ein Hausarzt ist verpflichtet, seine Patienten im Hausbesuch zu betreuen –

in einem Umkreis von etwa 5 Kilometern. Ist ein fachärztlicher Hausbesuch notwendig, muss der Hausarzt, zu einem Facharzt Kontakt aufnehmen, um dies im Rahmen eines Konsils mit diesem klären. Unter „Konsil“ versteht man eine patientenbezogene Beratung eines Arztes durch einen anderen ärztlichen Kollegen, meist einen Facharzt.<sup>2,3,4</sup>

### 9. Ärztliche Leistungen der Kassen als Angebot im begrenztem Umfang

✓ Die Kassen sind verpflichtet, ihren Versicherten Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung anzubieten (Hausarztverträge). Solche Verträge beinhalten meist eine verbindliche Zusage zu Versorgungsleistungen, Bereitschaftsdiensten und Hilfen in Notsituationen.<sup>5</sup> Die Teilnahme an solchen Verträgen ist für Patienten freiwillig.

Die kassenärztlichen Vereinigungen sind zur Zeit vom Gesetzgeber nicht als Vertragspartner von Hausarztverträgen vorgesehen. Der Sicherstellungsauftrag zur ärztlichen Versorgung geht daher innerhalb dieser Verträge auf die Krankenkassen über.

Im Rahmen von Hausarztverträgen können gesetzliche Krankenkassen eigene

1. Inhalt und Umfang der Sicherstellung nach § 75 Abs. 2 SGB V
2. Anspruchsberechtigung und Arztwahl nach § 13 BMV-Ä
3. Sprechstunden und Besuche nach § 17 Abs. 6 BMV-Ä
4. Rechte und Pflichten der Vertragsärzte; Sprechstunden, Besuche nach § 13 Abs. 14 EKV
5. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

\* Selbstverständlich können Sie sich mit Ihrem Anliegen auch direkt an die KV Berlin wenden:

#### **Kassenärztliche Vereinigung Berlin**

Masurenallee 6 A  
14057 Berlin  
Tel.: 030 / 31003-0  
E-Mail: kvbe@kvberlin.de

ärztliche Behandlungsangebote vorhanden. Sie sind jedoch bisher selten. Beispiel: Versorgung im Ärztehaus der AOK in Berlin-Wedding als Eigeneinrichtung der Kasse.

Der Gesundheitszustand der Patientin bessert sich. Bereits nach 10 Tagen ist Frau Lehmann soweit wieder hergestellt, dass sie in Begleitung ihrer Tochter die Praxis von Frau Dr. Richter aufsuchen kann.

### 10. Suche nach einem Facharzt mit einer Überweisung

Die Ärztin untersucht Frau Lehmann gründlich. Beim Abhören fällt ihr ein ungewöhnliches Herzgeräusch auf. Sie überweist die Patientin an einen Kardiologen mit der Bitte den Befund abzuklären, ohne sich selber um einen Termin zu kümmern. Einen zeitnahen Termin beim Facharzt zu bekommen, erweist sich als problematisch. Frau Lehmann fragt sich, warum sich ihr überweisender Arzt darum nicht kümmert.

✓ Zur Gewährleistung der freien Arztwahl soll auf dem Überweisungsschein kein Arztname eingetragen werden.<sup>1</sup>

### 11. Lange Wartezeit auf einen Facharzttermin

Die Praxis von Frau Dr. Richter befindet sich in den Räumen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Neben der Praxis für Allgemeinmedizin der Hausärztin befindet sich dort unter anderem die kardiologische Praxis von Herrn Dr. Schneider. Frau Lehmann stellt sich dort vor und erhält einen Termin erst in mehreren Wochen. Sie macht sich große Sorgen, dass es etwas „Ernstes“ sei und will nicht so lange warten. Sie bemüht sich um einen früheren Termin. Keine Facharztpraxis ist zu früheren Terminsetzungen bereit.

✓ Die Suche nach einem Facharzt/einer Fachärztin nach Überweisung ist zunächst Sache der Patienten und Patientinnen. Überweisende Ärzte können bei Dringlichkeit Facharzttermine vermitteln. In der Regel sind Termine unter „Kollegen“ schneller zu vereinbaren. Sprechen Sie mit dem überweisenden Arzt! Ist der Besuch beim Facharzt eilig – dann bitten Sie um Unterstützung – oder ist eine angemessene Wartezeit unschädlich?

### 12. Praxisschließung wegen Urlaub

Frau Lehmann ruft erneut in der Praxis ihrer Hausärztin an. Der Anrufbeantwor-

1. Überweisungen nach § 24 Abs. 5 BMV-Ä und § 27 Abs. 5 EKV

Für eine politische Dokumentation von Versorgungsgängen können Sie das Büro der Patientenbeauftragten informieren:

**Patientenbeauftragte für Berlin**  
Brückenstraße 6  
10179 Berlin  
Tel.: 9025-2010  
E-Mail: [patientenbeauftragte@senguv.berlin.de](mailto:patientenbeauftragte@senguv.berlin.de)

ter informiert über den Urlaub der Ärztin und ihres Teams und verweist auf die Vertretungsregelung.

✓ Bei Praxisschließungen muss ein Vertreter benannt werden. Verweis auf ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Rettungstellen ist nicht ausreichend!<sup>1</sup>

Dem Vertretungsarzt möchte Frau Lehmann ihre Sorgen nicht schildern. Am Abend telefoniert sie mit ihrer Tochter, die sie erst einmal beruhigen kann.

Drei Wochen später sucht Frau Lehmann die Praxis von Herrn Dr. Schneider auf. Ihr Allgemeinzustand hat sich inzwischen gebessert; sie hat den Infekt gut überstanden. Der Kardiologe untersucht die Patientin und prüft den Herzrhythmus. Erfreulicherweise erweist sich die Besorgnis der Hausärztin als unbegründet.

### 1. § 32 Zulassungsverordnung Ärzte



## 6.2 Häusliche Krankenpflege – Sicherstellung ambulanter Pflege bei bisher unversorgten Patienten

### Ausgangssituation

Eine Person ohne funktionierendes soziales Umfeld und ohne Pflegedienst-anbindung, mit Behandlungsbedarf benötigt organisatorische Unterstützung bei der Sicherstellung medizinischer und (behandlungs-) pflegerischer Versorgung. Die angesprochenen Dienste – insbesondere Ärzte – bezweifeln ihre Zuständigkeit.

Ein Pflegedienst darf ohne (ärztlichen) Auftrag nur auf eigenes Risiko tätig werden.

Bei längerer Pflegebedürftigkeit ist die Finanzierung nicht geregelt. Pflegegeld muss beantragt werden.

### Hintergrund

Plötzlich auftretender Pflegebedarf bei Personen ohne soziale und medizinische Einbindung.

### Fragestellung

Wer ist für die Organisation und Regelung der ersten Hilfe und Versorgung sowohl des (behandlungs-) pflegerischen als auch des hauswirtschaftlichen Bedarfes zuständig?

### Fallbeispiel aus der Praxis:

Die alleinlebende Frau Schmidt hatte einen schweren Verkehrsunfall und wird nach längerem Krankenhausaufenthalt nach Hause entlassen. Vor dem Unfall war Frau Schmidt selbständig und fit. Sie war daher nicht in hausärztlicher Behandlung. Aufgrund einer Wundinfektion verzögert sich die Heilung, ihre Mobilität ist erheblich eingeschränkt. Nach der Entlassung sind weitere behandlungspflegerische Maßnahmen, wie Verbandswechsel, und Unterstützung beim Waschen, Anziehen und im Haushalt erforderlich. Sie wird für einen längeren Zeitraum Pflege benötigen – vielleicht sogar für immer. Sie benötigt unmittelbare Hilfe nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, ist aber nicht allein in der Lage, dies zu organisieren.



### Grundsätzliches

Versicherte haben für bis zu vier Wochen Anspruch auf häusliche Krankenpflege (HKP), wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Der Anspruch besteht nur, wenn der Patient allein lebt oder eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

Für nicht versicherte sozialhilfeabhängige Personen gelten die Regelungen des Sozialhilferechts.<sup>1,2</sup>

Zur häuslichen Krankenpflege gehört die erforderliche

- **Behandlungspflege** (z. B. Medikamentenabgabe, Injektionen oder Verbandwechsel),
- die **Grundpflege** (z. B. Körperpflege, Bewegung, Hilfe bei der Ernährung) und
- die **hauswirtschaftliche Versorgung** (z. B. Kochen, Wohnung aufräumen oder Einkaufen).

Ist aus der Sicht des Krankenhausarztes die Entlassung des Patienten möglich und für die weitere Versorgung häusliche **Krankenpflege** erforderlich, kann er diese **bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktages** verordnen.<sup>3</sup>

Der weiterbehandelnde niedergelassene Arzt soll vor der Entlassung aus dem Krankenhaus rechtzeitig informiert werden.

### Ein möglicher Ablauf

Frau Schmidt wird nach längerem Krankenhausaufenthalt entlassen. Über das Entlassungsmanagement der Klinik wird für die nächsten drei Werktage häusliche Krankenpflege verordnet.

✓ **Vor der Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege muss die Krankenkasse die Leistung bewilligen – nur im Notfall sind Ausnahmen möglich. Die Verordnung darf nicht rückwirkend ausgestellt werden.**<sup>4,5</sup>

Zu Hause angekommen wird sie vom Pflegedienst versorgt. Es zeigt sich, dass Pflege über die bisher verordneten drei Tage hinaus notwendig sein wird; ebenso eine hausärztliche Betreuung.

Der Pflegedienst unterstützt Frau Schmidt auf der Suche nach einem Hausarzt. Über den Gesundheitslotsendienst der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (Tel. 31003-222) werden Adressen und Telefonnummern der umliegenden Praxen in Erfahrung gebracht.

1. Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V
2. Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII
3. Richtlinie des G-BA über die Verordnung zu häuslicher Krankenpflege § 7 Abs. 5
4. Leistungsarten nach §11 Abs. 4 SGB V
5. HKP-RL § 7 Absatz 5

Bereits in der zweiten Praxis kann Frau Schmidt als neue Patientin angemeldet und ein Termin vereinbart werden. Da sie zur Zeit das Haus nicht verlassen kann, kommt Herr Dr. Müller vorbei.

Er stellt fest, dass die Patientin weiterhin Behandlungspflege und Grundpflege benötigt und verordnet häusliche Krankenpflege sowie die benötigten Medikamente. Frau Schmidt beantragt bei der Kasse die Genehmigung der häuslichen Krankenpflege. Die Kasse bestätigt die Notwendigkeit.<sup>1</sup>

Frau Schmidt nimmt Kontakt zum Pflegedienst auf, der sie von nun an regelmäßig aufsucht und versorgt.

✓ Sie haben Anspruch auf häusliche Krankenpflege für maximal für vier Wochen je Krankheitsfall; länger nur in begründeten Ausnahmefällen nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).<sup>2</sup>

✓ Es ist eine Zuzahlung von 10 € pro ärztlicher Verordnung zu leisten. Zusätzlich werden für die ersten 28 Tage je Kalenderjahr 10 % der Kosten als Eigenanteil fällig.

Leider verschlechtert sich der Gesundheitszustand. Nach drei Wochen zeigt

sich, dass Frau Schmidt für längere Zeit (mindestens sechs Monate) – wenn nicht dauerhaft – auf Pflege angewiesen sein wird.

Ihr Arzt rät ihr, bei der Pflegekasse einen Antrag auf Pflegegeld bzw. Pflegesachleistung zu stellen.<sup>3</sup>

✓ In besonderen Fällen können Leistungen zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe beantragt werden.<sup>4</sup>

Frau Schmidt ist angesichts der Kosten und der Antragstellung verunsichert. Die Pflegekraft rät ihr, sich für eine unabhängige Beratung an einen Pflegestützpunkt zu wenden.

✓ Pflegestützpunkte sind Anlaufstellen in denen alte und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige umfassend, unabhängig und unentgeltlich beraten werden.

Kostenlose Service-Nummer:

0800 59 500 59

[www.pflegestuetzpunkteberlin.de](http://www.pflegestuetzpunkteberlin.de)

Sie nimmt telefonisch Kontakt auf und schildert ihr Anliegen. Es wird vereinbart, dass die Pflegeberaterin sie zu Hause aufsucht. In dem Gespräch – an dem auch ihr Sohn teilnimmt - wird sie umfassend informiert und erhält Hilfe beim Ausfüllen des Pflegeversicherungsantrages.<sup>5</sup>

1. Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, Richtlinie des G-BA über die Verordnung zu häuslicher Krankenpflege

2. Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und 5 SGB V

3. Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36-38 SGB XI, ggf. ff.

4. Hilfe zur Pflege nach §§ 61-66 SGB XII

5. Pflegeberatung nach § 7a SGB XI



Die Pflegekasse schickt ihren Gutachter, der die Pflegebedürftigkeit der Patientin prüft. Er stellt fest, dass Frau Schmidt Anspruch auf Leistungen der Stufe II hat und teilt dies der Pflegekasse mit.<sup>1,2</sup>

✓ Um eine Pflegestufe zu erreichen, muss neben einem festgestellten Pflegebedarf auch eine zeitliche Mindestgrenze erreicht werden. Die Pflegekasse muss Ihnen unverzüglich – spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrages – die Entscheidung schriftlich mitteilen.<sup>3,4</sup>

Die Pflegekasse informiert Frau Schmidt per Bescheid über die Einstufung und die damit verbundenen Leistungen.

✓ Bei Ablehnung oder vermeintlich falscher Einstufung ist gegen die Entscheidung der Kasse Widerspruch möglich. Die Pflegeberatung bzw. der Pflegestützpunkt unterstützt Sie bei Bedarf dabei.<sup>5</sup>

Die Patientin benachrichtigt den Pflegedienst über die Bewilligung ihres Antrages. Der führt unter Beachtung der neuen Situation seine Arbeit fort.

Der Hausarzt besucht Frau Schmidt regelmäßig. Im Laufe der Behandlung stellt er eine zunehmende Vergesslichkeit und Verwirrtheit seiner Patientin fest.

✓ Besteht ein erheblicher Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung (zum Beispiel bei Demenz, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung) können Sie zusätzliche Leistungen beantragen.<sup>6</sup>

Er beschließt einen Fachkollegen zu Rate zu ziehen. Da Frau Schmidt die Wohnung nicht verlassen kann, kommt nur ein Hausbesuch des Fachkollegen oder ein Krankentransport in die Praxis des Neurologen in Frage. Herr Dr. Müller ruft den Kollegen an, schildert die Situation und bittet ihn, die Patientin aufzusuchen.

✓ Ist ein fachärztlicher Hausbesuch notwendig, muss der Hausarzt, zu einem Facharzt Kontakt aufnehmen, um dies im Rahmen eines Konsils mit diesem zu klären. Unter „Konsil“ versteht man eine patientenbezogene Beratung eines Arztes durch einen anderen ärztlichen Kollegen, meist einen Facharzt.<sup>7,8,9</sup>

Der Neurologe diagnostiziert eine leichte Demenz und informiert den Hausarzt der Patientin.

**Informationen zum Transport zur ambulanten Behandlung finden Sie zum Thema „Krankentransport immobil Patient“ auf Seite 30 ff.**

1. Leistungsvoraussetzungen nach § 33 SGB XI
2. Pflegeschleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI
3. Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI
4. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XI
5. §§ 78 ff. Sozialgerichtsgesetz
6. Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45 SGB XI
7. § 13 BMV-Ä Anspruchsberechtigung und Arztwahl
8. § 17 Abs. 6 BMV-Ä Sprechstunden und Besuche
9. § 13 Abs. 14 EKV Rechte und Pflichten der Vertragsärzte; Sprechstunden, Besuche

## 6.3 Verordnung von Hilfsmitteln – während eines Krankenhausaufenthaltes

### Ausgangssituation

Eine Person benötigt zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung ein Hilfsmittel. Die Zuständigkeiten sind unklar. Das Hilfsmittel ist für die Versorgung nicht geeignet.

### Hintergrund

Unklare Zuständigkeiten und unterschiedliche bürokratische Verfahren erschweren die Hilfsmittelversorgung einer Person bei Krankenhausentlassung. Die Verträge der Kassen mit bestimmten Anbietern schränken die Auswahl für die Patientinnen und Patienten massiv ein.

### Fragestellung

Wer ist für die Auswahl zuständig?  
Was kann man tun, wenn ein ungeeignetes Hilfsmittel verordnet wurde bzw. die Kasse für Alternativen die Kosten nicht übernimmt?

### Fallbeispiel aus der Praxis:

Frau Krause, 52 Jahre, wird nach einem Schlaganfall von der Feuerwehr in die Akutklinik gefahren. Sie wird auf einer Spezialintensivstation der sogenannten „Stroke unit“ aufgenommen und behandelt. Nach sieben Tagen wird die Patientin auf die Neurologische Station mit dem Ziel einer schnellstmöglichen Rehabilitation in der sog. Anschlussheilbehandlung verlegt. Die Sozialarbeiterin berät sie und hilft bei der Antragstellung und Kostenklärung. Bereits auf der Intensivstation beginnt die Physiotherapie. Bedingt durch den Schlaganfall leidet Frau Krause an einer Fußheberschwäche. Um wieder optimal laufen zu können und das Stolpern zu verhindern, soll schnellstmöglich eine Fußheber-Orthese noch vor Rehabilitationsbeginn bestellt werden.

Frau Krause wird dazu vom multiprofessionellen Team beraten und stimmt der Versorgung zu. Die Sozialarbeiterin berät sie über den Ablauf der Versorgung und die Zuzahlungsmodalitäten.



### Grundsätzliches

Die Patientin hat einen Anspruch auf eine sachgerechte Versorgung.

Gesetzlich Versicherte haben einen Anspruch auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel, wenn dies erforderlich ist, um

- den Erfolg der Krankenhausbehandlung zu sichern,
- einer Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen.<sup>1,2</sup>

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständige Lebensführung ermöglichen.<sup>3</sup>

### Ein möglicher Ablauf

Der behandelnde Stationsarzt berät sich mit dem Physiotherapeuten und stellt den Hilfsmittelbedarf fest:  
Frau Krause benötigt eine Fußheber-Orthese.

✓ Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln ist möglich, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig ist. (z. B. bei medizinischen Kompressionsstrümp-

fen ein zweites Paar zum Wechseln.)

Der behandelnde Arzt stellt eine Verordnung aus.<sup>4</sup>

Die im Krankenhaus zuständige MitarbeiterIn (SozialarbeiterIn oder Pflegekraft) klärt, wer der zuständige Kostenträger ist (hier die Krankenkasse).

Es gibt zwei Möglichkeiten:

Die Verordnung wird

a) **direkt an den Kostenträger** bzw. Leistungserbringer (Krankenkasse, Pflegekasse, Berufsgenossenschaft, Sozialamt) geschickt.  
Der Kostenträger beauftragt daraufhin einen Hilfsmittelerbringer (= Vertragspartner des Kostenträgers), die Patientin auf der Station zu besuchen und dort Maß zu nehmen.

Die Verordnung wird

b) **direkt an den Hilfsmittelversorger** gefaxt. Die Patientin wird in der Klinik aufgesucht; für das ausgewählte Hilfsmittel (Fußheber-Orthese) wird Maß genommen.  
Der Hilfsmittelversorger übernimmt dann mit Vorlage eines Kostenvoranschlages die Klärung der Kosten beim zuständigen Leistungserbringer.

1. Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V
2. Hilfsmittel nach § 33 SGB V und Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA vom 07.02.2009, Versorgungsanspruch nach § 3
3. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen nach § 40 Abs. 1 SGB XI
4. Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA, Allgemeine Verordnungsgrundsätze nach § 6, Inhalt der Verordnung nach § 7

Der behandelnde Arzt, die Pflege und der Physiotherapeut werden in die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels einbezogen. Vor Ort empfiehlt der Hilfsmittelerbringer bei der Patientin eine Karbonorthese zu wählen, da eine Wiedereingliederung in den Beruf geplant ist.

✓ Das Hilfsmittel wird grundsätzlich vom Leistungserbringer ausgewählt. Grundlage sind die mit den einzelnen Krankenkassen abgeschlossenen Verträge. Das heißt, Versicherte verschiedener gesetzlicher Krankenkassen haben unter Umständen Anspruch auf unterschiedliche Hilfsmittel. Sie können bei berechtigtem Interesse (ausnahmsweise) einen anderen Leistungserbringer wählen. Entstehende Mehrkosten müssen sie aber selbst tragen.<sup>1,2</sup>

Die neuen Hilfsmittelrichtlinien räumen dem Arzt mehr Handlungsspielraum ein: Im Rahmen seiner Therapiefreiheit und -hoheit kann er entscheiden, dass ein spezielles Hilfsmittel erforderlich ist. In diesen Fällen kann er eine Einzelproduktverordnung durchführen. Er muss dies schriftlich begründen.<sup>3</sup>

✓ Sollte Ihre Krankenkasse die Versorgung mit dem gewünschten Hilfsmittel ablehnen, besteht die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen. Der Sozialdienst im Krankenhaus unterstützt Sie dabei.

Der Stationsarzt prüft diesen Vorschlag und stellt eine neue Verordnung aus.

✓ Bei Lieferung des Hilfsmittel auf die Station ist der Arzt verpflichtet, das abgegebene Hilfsmittel zu prüfen: Entspricht es seiner Verordnung und erfüllt es den vorgesehenen Zweck, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde?<sup>4</sup>

Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die Orthese nachgebessert werden muss und die Patientin noch einige Tage auf ihre Orthese zu warten hat. Sie übt jedoch schon täglich mit der Physiotherapeutin um die Muskeln zu kräftigen.

Das nachgebesserte Hilfsmittel wird geliefert. Es passt nun. Die Patientin wird entlassen.

✓ Pro Hilfsmittel sind 10 % des Gesamtbetrages, mindestens 5 € und höchstens 10 € zuzuzahlen (bei Pflegehilfsmitteln höchstens 25 €). Sind Sie von der Zuzahlung befreit, entfällt dies.<sup>5</sup>

1. Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA, Inhalt der Verordnung nach § 7 Abs. 2

2. Hilfsmittel nach § 33 Abs. 6 SGB V

3. Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA, Inhalt der Verordnung nach § 7 Abs. 3 Satz 3 (Einzelproduktverordnung)

4. Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA, Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln nach § 9

5. Hilfsmittel nach § 33 Abs. 3 SGB V bzw. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen nach § 40 Abs. 3 SGB XI



## 6.4 Krankentransport immobiler Patienten zu ambulanter Behandlung

### **Ausgangssituation**

Eine immobile Person in der Häuslichkeit mit Behandlungs- und Pflegebedarf benötigt einen Krankentransport.

### **Hintergrund**

Die Vorgaben für den Transport von Patientinnen und Patienten sind sehr eng gefasst und erfassen nicht den Bedarf in besonderen Fällen.

### **Fragestellung**

Wie sind die Abläufe bei der Beantragung eines Krankentransportes?  
Was kann man bei einer Ablehnung der Krankenkasse tun?

### **Fallbeispiel aus der Praxis:**

Herr Meier lebt allein in einer Wohnung in der dritten Etage eines Mietshauses. Er leidet unter Bluthochdruck. Auf dem Weg zur routinemäßigen Untersuchung beim internistischen Hausarzt rutscht er bei Glatteis aus und stürzt. In der Rettungsstelle des Krankenhauses wird er versorgt.

Es zeigt sich, dass er den rechten Arm gebrochen und das Fußgelenk verstaucht hat. Komplikationen werden nicht festgestellt.

Der Arm wird geschient; er erhält für den Fuß einen stützenden Verband und wird nach Hause geschickt. Zwei Unterarmstützen werden mitgegeben.



### Grundsätzliches

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Diese Leistung ist vorher zu beantragen.<sup>1</sup>

Die Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Behandlung werden von der Krankenkasse nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen. Dazu gehören u. a. Fahrten zur Dialysebehandlung oder zur onkologischen Strahlen- bzw. Chemotherapie. Voraussetzung ist

- Pflegestufe II,
- Merkzeichen aG, H oder Bl
- oder eine vorübergehende Mobilitätseinschränkung

Fahrten zur vor- und nachstationären Behandlung werden übernommen, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist.<sup>2</sup>

### Ein möglicher Ablauf

**Ist der Patient bisher nicht in haus- oder fachärztlicher Behandlung, beachten Sie bitte die Hinweise zum Thema „Haus- und fachärztliche Versorgung“ auf Seite 14 ff.**

Da Herr Meier das Haus allein nicht verlassen kann, vereinbart er telefonisch mit dem Hausarzt einen Hausbesuch, um die weitere Behandlung abzustimmen und notwendige Verordnungen ausstellen zu lassen.

Der Hausarzt kommt vorbei, prüft den Blutdruck und den weiteren Gesundheitszustand und verordnet die notwendigen Medikamente zur Behandlung des Bluthochdrucks.

Für die orthopädische Behandlung kontaktiert er einen Fachkollegen und spricht das weitere Vorgehen ab (Konsil).<sup>3,4</sup>

Er stellt einen Transportschein für die Erstbehandlung in der Praxis des Kollegen aus.

Herr Meier beantragt die Genehmigung des Krankentransportes bei seiner Krankenkasse. Der Antrag wird abgelehnt.

✓ Oft werden von Kassen in erster Instanz Leistungen abgelehnt. Gehen Sie in Widerspruch und fordern Sie eine

1. Fahrtkosten nach § 60 Abs. 1 SGB V

2. Krankentransport-Richtlinie § 8

3. § 17 (6) BMV-Ä

4. § 13 (14) EKV

erneute Prüfung. Lassen Sie sich von Ihrem Arzt unterstützen.

Herr Meier geht in Widerspruch und weist auf seine körperlichen Einschränkungen. Sein Hausarzt unterstützt ihn mit einem Attest.

Die Krankenkasse gibt dem Widerspruch statt und übernimmt die Kosten für den Transport.

✓ Beachten Sie, dass unter Berücksichtigung des Postweges vier bis fünf Tage Bearbeitungszeit anfallen.

Herr Meier nimmt mit einem Transportunternehmen Kontakt auf und meldet die Fahrt zum Orthopäden an. Er wird abgeholt und in die Praxis gebracht. Der Orthopäde stellt fest, dass die Heilung voranschreitet und bestellt Herrn Meier nochmals ein.

✓ Für die Ausstellung der Transportscheine bei weiteren Terminen im gleichen Quartal ist der entsprechende Facharzt zuständig.

Herr Meier zahlt pro Hin- und Rückfahrt einen Eigenanteil in Höhe von 10% der anerkannten Kosten, mindestens jedoch 5 € und maximal 10 €. Hin- und Rückfahrt gelten als getrennte Fahrten.<sup>1</sup>

✓ Bei Notfällen ist eine nachträgliche Ausstellung des Transportscheines möglich. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.<sup>2</sup>

✓ Die Pflegekasse kann die Fahrkosten zur Einrichtung übernehmen, wenn der Pflegebedürftige teilstationäre Pflege erhält.<sup>3</sup>

1. Fahrtkosten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V i. V. m. Zuzahlungen nach § 61 Satz 1 SGB V
2. Krankentransportrichtlinie § 2 Abs. 2
3. Tagespflege und Nachtpflege § 41 Abs. 1 S. 2 SGB XI



# Übersicht zur Übernahme von Transportkosten für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten

Die verordnenden Ärzte sind verpflichtet, die Notwendigkeit eines Transportes zu prüfen und das jeweils günstigere Transportmittel zu verordnen (= Wirtschaftlichkeitsgebot).

Leistung	möglich	Voraussetzungen	Bemerkungen
Fahrten zum Krankenhaus und bei der Entlassung aus dem Krankenhaus	ja	wenn der Transport durch den Krankenhausarzt als medizinisch notwendig angesehen wird	<b>keine</b> vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich
Fahrten zur ambulanten Behandlung	ja	bei Fahrten zur Strahlentherapie, Chemotherapie bzw. ambulanten Dialyse	vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich
Fahrten zur ambulanten Behandlung	ja	für Versicherte mit einem Schwerbehindertenausweis und dem Merkzeichen „aG“, Bl“ oder „H“ bzw. Versicherte mit Pflegestufe II bzw. III oder vergleichbaren Beeinträchtigungen der Mobilität	vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich
Fahrten zur ambulanten Behandlung, zur vor-/nachstationären Behandlung bzw. zur ambulanten Operation	nein	<b>Ausnahme:</b> wenn dadurch eine (teil-) stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird	vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich; dem Antrag sollte eine ausführliche Begründung der Notwendigkeit des Transportes durch den Arzt beigefügt werden
Fahrten zur Abstimmung von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen	nein		
Fahrten zur ambulanten bzw. stationären Rehabilitation	ja	als Bestandteil der Rehabilitationsmaßnahme und bei medizinischer Erfordernis	vorherige Genehmigung des Kostenträgers (z. B. Krankenversicherung, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) der Rehabilitationsmaßnahme erforderlich

## 6.5 Versorgungs- und Entlassungsmanagement – Entlassung in die häusliche Pflege

### Ausgangssituation

Eine Person mit akutem pflegerischem Hilfebedarf oder diesem Risiko wird nach einem Klinikaufenthalt entlassen. Sie benötigt häusliche Pflege.

### Hintergrund

Zu den Aufgaben der Kliniken gehört das Entlassungsmanagement. Oft ist es für Angehörige schwierig, Ansprechpartner im Krankenhaus zu finden.

### Fragestellung

Wer ist für das Entlassungsmanagement zuständig?

Was ist zu regeln?

### Fallbeispiel aus der Praxis:

Frau Müller, eine 85-jährige Frau, wird vom Notarzt mit schwerer akuter Atemnot und ausgeprägter Herzmuskelschwäche in eine Rettungsstelle eingewiesen. Sie lebte bislang zu Hause und konnte sich selbstständig versorgen. Bis zu diesem Zeitpunkt benötigte sie lediglich Hilfe bei den Einkäufen, da sie im 3. OG ohne Fahrstuhl wohnt. Dies wurde von ihrer 65-jährigen Tochter übernommen.

Es erfolgt die Aufnahme auf einer internistischen Station. Durch mehrere Komplikationen verschlechtert sich ihr Allgemeinzustand deutlich. Ein Leben ohne Sauerstoffgerät wird wohl nicht mehr möglich sein. Auch die Körperpflege kann sie ohne Hilfe nicht mehr durchführen.

Zwar finden im Krankenhaus regelmäßige Gespräche mit der Tochter statt, nur wird die nachstationäre Versorgung nicht besprochen. Erst bei Planung der Entlassung, diese soll in ca. einer Woche stattfinden, wird bemerkt, dass der Sozialdienst nicht eingeschaltet wurde. Der Stationsarzt beauftragt daraufhin den Sozialdienst mit der Klärung der häuslichen Versorgung und der Sauerstoffversorgung zu Hause. Die Mitarbeiterin des Sozialdienstes Frau Kunze spricht mit Frau Müller und ihrer Tochter ab, eine

Hauskrankenpflege zu beauftragen und ein Sauerstoffgerät für den geplanten Entlassungstag zu beantragen. Alle nötigen Anträge werden gestellt. Die Entlassung wird am Montag für den kommenden Freitag geplant. Die Sozialarbeiterin hat sowohl mit der Hauskrankenpflege, als auch mit dem Hilfsmittelerbringer den Entlassungstermin abgestimmt.

Am Mittwoch wird bei der Chefarztvisite festgestellt, dass akuter Bettenmangel herrscht. Kurzfristig wird beschlossen, die Patientin schon am selben Tag nach Hause zu schicken, da ja schließlich alles organisiert sei. Das Pflegepersonal benachrichtigt zwar die Tochter, aber ansonsten weder die Hauskrankenpflege noch Frau Kunze. Die Patientin wird daraufhin nach dem Mittagessen mit einem Krankentransport nach Hause geschickt. Es werden ihr weder Medikamente bis zum nächsten Werktag mitgegeben, noch steht die Heimsauerstoffversorgung zur Verfügung. Auf dem Formular zur Verordnung einer häuslichen Krankenpflege fehlt auch noch die ärztliche Begründung.



### Grundsätzliches

Der Leistungserbringer (Krankenhaus bzw. Rehabilitationsklinik) ist verantwortlich für eine sachgerechte Anschlussversorgung. Dazu gehören je nach Bedarf die Vermittlung in die Rehabilitation, die ambulante Versorgung, die teilstationäre Versorgung oder die vollstationäre Pflege sowie bei Interesse an die Selbsthilfe bzw. andere Beratungsangebote. Die Verantwortung der versorgenden/behandelnden Einrichtung erstreckt sich bis zum Beginn der Folgebehandlung, entweder beim niedergelassenen Arzt, in einer ambulanten, teilstationären oder stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtung bzw. sonstigen unterstützenden Diensten.<sup>1,2</sup>

### Ein möglicher Ablauf

Frau Müller wird in das Krankenhaus eingewiesen bzw. dort aufgenommen.

Bei der Aufnahme wird sie über die weitere Behandlung aufgeklärt; ihr Einverständnis wird eingeholt. Bei Vorliegen einer Betreuung für den Bereich Gesundheitssorge bzw. Aufenthaltsbestimmung wird das Einverständnis des Betreuers bzw. Bevollmächtigten für die Behandlung eingeholt (Ausnahme: lebensbedrohliche Situationen). Die Angehörigen werden bei **Zustimmung der Patientin**

ebenfalls zeitnah über die Aufnahme, ggf. auch die weitere Behandlung informiert. Es wird festgehalten, ob eine Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder eine gesetzliche Betreuung für den Betroffenen besteht. Eine Kopie kommt in die Patientenakte.<sup>3</sup>

✓ Legen Sie die entsprechenden Unterlagen (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuerausweis) bei der Aufnahme im Krankenhaus vor.

24 Stunden nach der Aufnahme in das Krankenhaus wird der voraussichtliche Versorgungsbedarf nach dem Aufenthalt für sie orientierend geprüft. Im Idealfall gehören dazu die Absprache mit dem Hausarzt, die Prüfung des Rehabilitationspotentials, die Ermittlung des Bedarfs an Medikamenten und Hilfsmitteln, die Vermittlung eines Pflegedienstes und/oder Therapeuten, Prüfung der Notwendigkeit von Wohnraumanpassungen). Dabei ist zu prüfen, ob bereits Nachversorger bekannt sind.

Grundsätzlich gilt:  
**Rehabilitation vor Pflege.**<sup>4</sup>

✓ Fragen Sie bereits jetzt nach, zu welchem Zeitpunkt mit der Entlassung gerechnet werden kann.

1. Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V
2. Patientenversorgung nach § 24 Abs. 2 LKG
3. Aufnahme im Krankenhaus nach § 23 Abs. 2 LKG
4. Vorrang der Rehabilitation vor Pflege nach § 31 SGB XI

Wer ist für Sie Ansprechpartner für das sogenannte Entlassungsmanagement (Sozialarbeiter, Überleitungsschwester)?

✓ Viele Kliniken arbeiten eng mit Kooperationspartnern zusammen, um eine optimale Weiterversorgung der Patientin zu gewährleisten. Fragen Sie danach! Unabhängig davon haben Sie die freie Wahl bei der Entscheidung für einen Anbieter.<sup>1</sup>

Sobald erkennbar ist, dass die stationäre Behandlung der Patientin abgeschlossen sein wird, entscheidet der behandelnde Arzt über den Entlassungszeitpunkt.

✓ Vergewissern Sie sich, dass – wenn notwendig – Pflege- und/oder Schwerbehindertenantrag ausgefüllt und weitergegeben wurden. Lassen Sie sich eine Kopie geben.

Erkundigen Sie sich, ob die entsprechend vereinbarten Anträge (z.B. zur Finanzierung von Pflege, Beschaffung von Hilfsmitteln, ggf. benötigte Maßnahmen zur Wohnungsanpassung) auf den Weg gebracht wurden.

Bei Bedarf wird ein Krankentransport organisiert. Der Verantwortliche führt einen Entlassungsscheck am Tag vor der Entlassung durch.  
Frau Müller wird entlassen.

✓ Fragen Sie noch im Krankenhaus nach, ob der Pflegedienst über den Entlassungszeitpunkt informiert ist. Einige nachsorgende Einrichtungen bieten an, Sie schon im Krankenhaus zu besuchen und rechtzeitige Absprachen zur Vorbereitung Ihrer Entlassung zu treffen. Wenn möglich ziehen Sie eine Person Ihres Vertrauens hinzu.

✓ Sorgen Sie rechtzeitig für einen Termin mit Ihrem weiterbehandelnden Arzt, um lückenlos weiterbehandelt zu werden und Verordnungen (z.B. Medikamente, Verbandsmaterial, Pflege, Therapie) zu erhalten.

✓ Falls therapeutische Maßnahmen auch nach der Entlassung für Sie empfohlen sind, erkundigen Sie sich rechtzeitig nach einem Therapeuten und nehmen Sie Kontakt auf.

Für die Versorgung werden – wenn benötigt – Inkontinenzmaterial, Verbandsmaterial und Medikamente bis zum 1. Werktag morgens bzw. mittags mitgegeben.<sup>2</sup> Eine so genannte Verordnung von „Häuslicher Krankenpflege“ durch den Krankenhausarzt ist für bis zu drei Tage möglich. Voraussetzung ist, dass keine andere Person im Haushalt in der Lage ist, die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen.<sup>3</sup>

1. u.a. Verträge zur Integrierten Versorgung nach §140 a-d SGB V, Verträge zwischen Kassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten nach § 115 SGB V, Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 116 b SGB V

2. Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG) §14 Abs. 7

3. Richtlinie Häusliche Krankenpflege § 3 Abs. 1 und 3, § 7 Abs. 5

✓ Achten Sie darauf, dass Ihnen Ihre Entlassungsunterlagen vollständig ausgehändigt werden. Dazu gehören der Arztbrief, ggf. die Liegebesccheinigung, der Überleitungsbogen, ggf. die Wunddokumentation, die Transportbescheinigung. Im Arztbrief sollten Empfehlungen auch zu therapeutischer Weiterbehandlung enthalten sein, wenn diese während des Krankenhausaufenthaltes nicht abgeschlossen wurde. Fragen Sie danach!

Frau Müller kommt zu Hause an. Wie vereinbart, erwartet sie der Pflegedienst bereits oder sucht sie am selben Tag auf. In einem ausführlichen Beratungsgespräch werden der Pflegebedarf, das Angebot des Dienstes, die Angebote ergänzender Dienste, die Beteiligung von anderen Bezugspersonen an der Pflege, die Kosten und möglichen Einsatzzeiten besprochen.

Das Vereinbarte wird in einem Kostenvorschlag zusammengefasst und in einem Vertrag formuliert. Dieser wird von der Patientin bzw. deren Bevollmächtigtem und dem Pflegedienst unterzeichnet. Ein Exemplar verbleibt bei der Patientin.

✓ Lassen Sie sich zu Vertragsinhalten und zur Höhe der Kosten beraten. Ziehen Sie zum Gespräch und Vertragsabschluss

eine Person Ihres Vertrauens hinzu. Beratung bieten auch die Pflegestützpunkte.

Mit dem Hausarzt wird ein Termin vereinbart, um die weitere Behandlung abzustimmen und notwendige Verordnungen (zum Beispiel für Häusliche Krankenpflege, Therapien, evtl. Heil- und Hilfsmittel) auszustellen.

In Absprache mit Frau Müller, dem Arzt, dem Therapeuten und den Angehörigen wird vom Pflegedienst ein Versorgungsplan erstellt und eine Akte angelegt. Diese so genannte „Pflegedokumentation“ verbleibt in der Häuslichkeit. Darin werden alle Leistungen des Pflegedienstes aufgezeichnet. Sie dient zur Qualitätskontrolle.

Die Patientin wird versorgt.

## 6.6 Versorgungs- und Entlassungsmanagement – Entlassung in die Rehabilitation

### Ausgangssituation

Eine Person mit akutem pflegerischem Hilfebedarf oder diesem Risiko wird nach einem Klinikaufenthalt in die Rehabilitation entlassen.

### Hintergrund

Die Kostenträger haben je nach Indikation/Diagnose mit speziellen Kliniken Verträge abgeschlossen. Für Patientinnen und Patienten ist es oft schwierig in ihre „Wunschlinik“ aufgenommen zu werden.

### Fragestellung

Wer entscheidet, ob eine Rehabilitation ambulant oder stationär durchgeführt wird?

Was ist zu tun, wenn die Reha nicht sofort angetreten werden kann?

### Fallbeispiel aus der Praxis:

Frau Schmidt, 76 Jahre alt, wird mit Verdacht auf Schlaganfall in der Rettungsstelle eines Krankenhauses aufgenommen. Sie zeigt eine ausgeprägte Halbseitenlähmung. Auch das Gesicht zeigt Lähmungserscheinungen; es fällt ihr schwer zu sprechen und zu schlucken. Obwohl dieses Krankenhaus keine neurologischen Behandlungsmöglichkeiten vorweisen kann, wird die Patientin auf der internistischen Station aufgenommen. Die durchgeführte Diagnostik bestätigt schnell die Verdachtsdiagnose. Zwar wird die Patientin therapiert, aber die bei einem akuten Schlaganfall notwendigen und wichtigen Therapieverfahren wie ergo- und logopädische Behandlungen werden nicht angeboten. Physiotherapeutische Maßnahmen erhält sie nur in sehr reduziertem Maße.

Die zuständige Sozialarbeiterin Frau Lehmann wird vom Stationsarzt am fünften Tag nach Aufnahme einbezogen. Sie stellt am nächsten Tag einen Antrag auf neurologische Frührehabilitation Phase B. Nach sechs weiteren Tagen und diversen Telefonaten mit der Krankenkasse erhält die Sozialarbeiterin ein Schreiben, dass die Frührehabilitation zwar bewilligt sei, derzeit allerdings kein freier Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung stünde. Gleichzeitig drängt der Stations-

arzt Dr. Biese auf die Entlassung der Patientin: „Die Betten sind knapp und die Verweildauer ist schon lange überschritten.“ Er schlägt eine Entlassung in die Kurzzeitpflege oder in die Häuslichkeit vor, obwohl hier keine tragfähige und ausreichende Versorgung der Patientin möglich ist.

Nach tagelanger Auseinandersetzung sowohl mit der Krankenkasse als auch mit dem Stationsarzt kann die Sozialarbeiterin Frau Lehmann eine Entlassung der Patientin in eine geeignete Rehabilitationsklinik für die Frühreha-Phase B erreichen.



### Grundsätzliches

Der Leistungserbringer (Krankenhaus bzw. Rehabilitationsklinik) ist verantwortlich für eine sachgerechte Anschlussversorgung. Dazu gehören je nach Bedarf die Vermittlung in die Rehabilitation, die ambulante Versorgung, die teilstationäre Versorgung oder die vollstationäre Pflege sowie bei Interesse an die Selbsthilfe bzw. andere Beratungsangebote. Die Verantwortung der versorgenden/behandelnden Einrichtung erstreckt sich bis zum Beginn der Folgebehandlung, entweder beim niedergelassenen Arzt, in einer ambulanten, teilstationären oder stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtung bzw. sonstigen unterstützenden Diensten.<sup>1,2</sup>

### Ein möglicher Ablauf

**Die Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes vor der Entlassung finden Sie ausführlich im Kapitel 6.5: Versorgungs- und Entlassungsmanagement – Entlassung in die häusliche Pflege.**

Das Behandlungsteam im Krankenhaus prüft, welche Rehabilitationsmaßnahme für Frau Schmidt möglich und erforderlich ist. Voraussetzung ist, dass ein Bedarf besteht, die Patientin rehabilitationsfähig ist und dass durch die Rehabilitation eine

Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Teilhabe zu erwarten ist.<sup>3</sup>

✓ **Erkundigen Sie sich frühzeitig beim behandelnden Arzt, ob für Sie eine Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommt und wenn ja, welche angedacht ist. Fordern Sie den Sozialdienst zur Beratung an. Bringen Sie Ihren Rentenausweis mit in die Klinik, damit Ihr Kostenträger ggf. schneller gefunden werden kann.**

Es gibt verschiedene Formen der Rehabilitation:

- Frührehabilitation, insbesondere bei neurologischen Erkrankungen (= Direktverlegung)
- geriatrische Rehabilitation (= Direktverlegung)
- Anschlussheilbehandlung (AHB) (= Direktverlegung bzw. Aufnahme im Regelfall innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus)
- ambulante/teilstationäre Rehabilitation (= im Regelfall schnellstmöglicher Beginn nach Krankenhausentlassung)
- mobile Rehabilitation (= neue Form der ambulanten Rehabilitation für besonderen Personenkreis \*).

Grundsätzlich aber gilt: **Ambulant vor stationär.**<sup>4</sup>

Lebt die Patientin allein, hat sie keine Angehörigen und kann ihre häusliche Ver-

1. Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V
2. Patientenversorgung nach § 24 Abs. 2 LKG
3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V
4. § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V

- \* z. B.
- geriatrische Patienten mit Sprech- und Sprachproblemen (Patienten mit Migrationshintergrund, Aphasie, etc.)
  - Patienten, denen ein stationärer Aufenthalt nicht zuzumuten ist,
  - Patienten, die nicht stationär aufgenommen werden können (Menschen mit Demenz, Infektionserkrankungen wie MRSA, ESBL) oder
  - Patienten, bei denen die Anwesenheit der Angehörigen erforderlich ist und für den langfristigen Erfolg maßgebend ist.

sorgung nicht sichergestellt werden, so kommt eine **stationäre Rehabilitation** in Frage. Dies gilt auch, wenn ihr das Treppensteigen nicht mehr möglich ist und sie in einem Haus ohne Aufzug lebt. Je nach Diagnose, aktuellem Hilfebedarf und Rehabilitationsform kommen unterschiedliche Kostenträger in Betracht: In erster Linie sind das die Krankenkasse der Patientin oder die Rentenversicherung; weitere Zuständige können z. B. die Beihilfe, die Unfallversicherung oder das Sozialamt sein.

Der Sozialdienst des Krankenhauses berät Frau Müller zu den verschiedenen Möglichkeiten und beantragt gemeinsam mit ihr beim zuständigen Kostenträger die Übernahme der Kosten für die geplante Maßnahme. Sofern der Kostenträger dies zulässt, klärt der Sozialdienst den konkreten Aufnahmetermin in der Rehabilitationsklinik, sowie die Frage des Transportes inkl. der Kostenübernahme.

✓ Sollte der Kostenträger die geplante Rehabilitationsmaßnahmen ablehnen, besteht die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen. Der Sozialdienst im Krankenhaus unterstützt Sie beim weiteren Vorgehen.  
Die Kostenträger haben je nach Indikation/Diagnose mit speziellen Kliniken Verträge abgeschlossen. Besteht für Ihre Wunschklinik kein Vertrag mit dem

zuständigen Kostenträger, wird in der Regel der Antrag abgelehnt und die Aufnahme in eine Alternativ-Klinik angeboten. Bitte beachten Sie, dass es durch das Einlegen des Widerspruchs zu zeitlichen Verzögerungen kommt. Grundsätzlich können Sie in jede fachlich geeignete (zertifizierte) Rehabilitationsklinik aufgenommen werden; Sie müssen allerdings die Mehrkosten, die über den Kostensatz der Vertragskliniken hinausgehen, selbst tragen. Der Sozialdienst im Krankenhaus unterstützt Sie auch in diesem Verfahren.<sup>1</sup>

✓ Bei **ambulanten Maßnahmen** kommen auf Sie zusätzlich zu den Zuzahlungsbeträgen weitere Kosten für die Verpflegung hinzu. Diese Beträge variieren von Anbieter zu Anbieter. Lassen Sie sich beraten! Achten Sie darauf, dass bei der Antragstellung – wenn notwendig - der Krankentransport beantragt wird. Dabei müssen Ihre individuellen Voraussetzungen Berücksichtigung finden, z. B. ob Sie im Rollstuhl sitzen.

✓ Bei Anschlussheilbehandlungen und **stationären Rehabilitationsmaßnahmen** besteht in der Regel die Möglichkeit, Angehörige auf eigene Kosten mitzunehmen. Kinder unter 12 Jahre können in spezifischen Rehabilitationskliniken mit aufgenommen werden – bei Zusage des Kostenträgers.

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V



Es ist – auch auf Grundlage der verschiedenen bürokratischen Verfahren – nicht immer möglich, dass der genaue Termin zur Rehabilitation bereits bei der Entlassung feststeht. Frau Schmidt erhält vom Kostenträger eine Bewilligung (inkl. Termin und Informationen zur Anreise inkl. Kostenübernahme), ggf. auch eine Ablehnung.

✓ Wenn Sie zwischenzeitlich nach Hause entlassen werden und Sie bis zum Reha-Antritt eine häusliche Versorgung benötigen, klären Sie Ihren Bedarf mit dem Sozialdienst; ebenso die Transportmaßnahme zur Rehabilitationsklinik.

Sobald der Aufnahmetermin feststeht, erhält Frau Schmidt ein Einladungsschreiben der Rehabilitationsklinik mit weiteren Informationen zur Anreise und Aufnahme von Begleitpersonen usw. Zusätzlich informiert der Sozialdienst sie über die konkrete Vereinbarung/Bewilligung zur Anreise. Die Rehabilitationsmaßnahme wird nun angetreten.

Bei einer stationären Maßnahme gibt es drei **Anreiseoptionen**:

- Die Patientin reist mit dem eigenen Pkw an. Diese Option ist mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.
- Die Patientin wird von Mitarbeitern der Reha-Klinik abgeholt.

- Die Patientin wird mit einem Krankentransport verlegt. Diese Maßnahme wird nur in Ausnahmefällen angewendet, z. B. bei Frühreha-Patienten mit und ohne Beatmung oder wenn eine Arztbegleitung erforderlich ist.

✓ Im Schreiben des Kostenträgers finden Sie die Angaben zur Erstattung bzw. Übernahme der Reisekosten. Wenn Ihre Angehörigen mitfahren möchten, müssen diese die Kosten für die Fahrt selbst zahlen. Näheres steht dazu üblicherweise im Einladungsschreiben der Rehabilitationsklinik. Ist absehbar, dass Sie im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme weitere Unterstützung brauchen, erkundigen Sie sich so früh wie möglich nach pflegerischen Einrichtungen, ambulanten Therapeuten und Möglichkeiten der Wohnraumanpassung. Lassen Sie sich durch den Sozialdienst beraten. Fragen Sie nach Kooperationspartnern der Klinik für den nachstationären Bereich. Unabhängig davon haben Sie die freie Wahl bei der Entscheidung für einen Anbieter.

Frau Schmidt wird nach der Rehabilitation in die Häuslichkeit bzw. ambulante Weiterversorgung entlassen.

**Informationen zur Pflege in der Häuslichkeit finden Sie im Kapitel 6.5 ab Seite 34.**

## 6.7 Hinweise zu Hilfsangeboten für Menschen in seelischer Not oder Krisensituationen

Für Menschen mit psychiatrischen und/oder Sucht-Problemen, die keinen ausreichenden oder rechtzeitigen Zugang zu ärztlicher Versorgung haben, ist der Sozialpsychiatrische Dienst (SPD) in den jeweiligen bezirklichen Gesundheitsämtern Ansprechpartner. Eine medizinische Behandlung erfolgt dort in der Regel nicht.

Daneben gibt es in den meisten Bezirken Beratungsstellen für behinderte und krebserkrankte Menschen. Die Betreuung unterliegt dem Prinzip der Nachrangigkeit. Das heißt, sie tritt nur dann ein, wenn alle anderen Zuständigkeiten nicht greifen.

Mehr Informationen dazu unter:  
[www.berlin.de](http://www.berlin.de) <sup>1,2</sup>

Für Menschen in allgemeinen seelischen Krisensituationen und ihre Angehörigen ist der Berliner Krisendienst täglich ab 16.00 Uhr erreichbar.

**[www.berliner-krisendienst.de](http://www.berliner-krisendienst.de)**

In den üblichen Geschäftszeiten ist der Sozialpsychiatrische Dienst im jeweiligen Bezirk ansprechbar.

**Die Broschüre „Psychiatrie in Berlin – Information und Orientierung“** gibt einen Überblick über die psychiatrischen Hilfen in Berlin. Bestellen können Sie diese Broschüre bei:

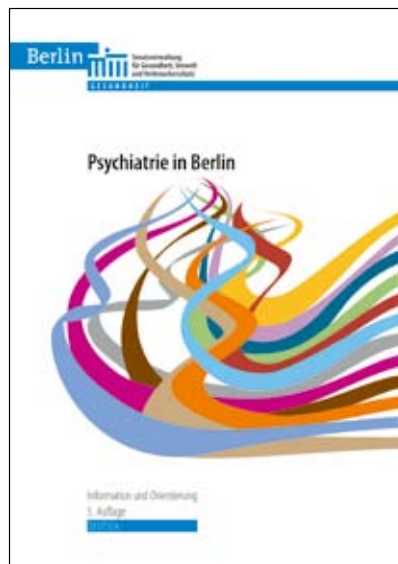
**Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz**

- Landesbeauftragter für Psychiatrie -  
Oranienstraße 106

10969 Berlin

E-Mail: [Psychiatrie.Beauftragter@senguv.berlin.de](mailto:Psychiatrie.Beauftragter@senguv.berlin.de)

Web: [www.berlin.de/lb/psychiatrie](http://www.berlin.de/lb/psychiatrie)



## Rechtsgrundlagen

1. Aufgabenstellung nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 c, f, Nr. 3 b, c, d; Nr. 4 a, b Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz – GDG)
2. Gesundheitshilfe nach § 8 Abs. 2 Nr. 7 und 6 und Abs. 2 Nr. 4-6 und 5 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz – GDG)



## 7. Wir sind nicht allein – Beispiele für ähnliche bundesweite Aktionen

Die beschriebenen Probleme und Schwierigkeiten von kranken und hilfebedürftigen Patientinnen und Patienten treten natürlich nicht nur in Berlin auf. Auch in anderen Bundesländern und auf Bundesebene wird darüber an vielen Stellen diskutiert. Immer geht es darum, welche Wege Patientinnen und Patienten gehen können, woher sie Unterstützung bekommen und wie deren Interessen auch politisch aufgegriffen werden können und müssen.

Um deutlich zu machen, dass zur Lösung der Schnittstellenprobleme neben den lokalen Initiativen auch politische und gesetzliche Änderungen notwendig sind, verweisen wir an dieser Stelle auf Beispiele bundesweiter Aktionen zum gleichen Themenfeld:

### **Bremer Aktionsbündnis „Ambulante Versorgungslücken“**

Auf Initiative von Elisabeth Rütten und unter der Schirmherrschaft des vormaligen Bremer Bürgermeisters Henning Scherf entstand in Bremen 2008 eine Bürgerinitiative unter dem Titel „Ambulante Versorgungslücken“.

Auslöser für die Arbeit dieser Gruppe war die persönliche Erfahrung von Frau Rütten, die in einem Beitrag des Tages-

spiegel vom 12. Januar 2009 so beschrieben wurde:

### **„Für die Klinik nicht krank – für Zuhause nicht fit genug“**

Alleinstehende Patienten müssen nach der OP oft zu früh nach Hause. Dort kommen sie aber ohne Hilfe nicht zurecht. Eine Bremer Initiative will nun helfen. Als die Bremer Rentnerin Elisabeth Rütten nach einer Fußoperation aus dem Krankenhaus entlassen wurde, fiel sie in eine Versorgungslücke. Sie durfte ihren Fuß „kein Gramm belasten“, wie sie sagt, und trug deshalb zwölf Wochen lang einen Liegegips bis zum Knie. Aber nur fünf Tage lang finanzierte ihr die gesetzliche Krankenkasse stundenweise eine Hilfskraft. In den Wochen danach musste Rütten selbst zurechtkommen. „Manchmal bin ich auf allen Vieren gekrochen.“

So wie der Bremerin geht es unzähligen alleinstehenden Patienten, die für die Klinik nicht krank und für Zuhause noch nicht fit genug sind, etwa nach Knochenbrüchen, Hüft- oder Augenoperationen. Zugespitzt hat sich die Lage durch die 2004 eingeführten Fallpauschalen: Seit die Kliniken pauschal pro Fall honoriert werden, stehen sie unter Druck, ihre Patienten möglichst früh zu entlassen – notfalls auch hilflos. Nur wenn Kinder unter zwölf Jahren im Haushalt leben, müssen

die gesetzlichen Kassen bei Bedarf eine Haushaltshilfe finanzieren. Manchmal zahlen sie zwar freiwillig. „Aber es ist unwürdig, dass man immer erst mal darum kämpfen muss“, findet Rütten. Weil sie ohne Hilfskraft ihr eingegipstes Bein zu stark belasten musste, entstand ein Druckgeschwür am Knie. „Dann durfte ein Pflegedienst kommen, um genau diese Stelle zu versorgen.“ Aber zum Einkaufen oder Wäschewaschen wurde niemand geschickt. Dabei hätten ihr schon „zweimal drei Stunden pro Woche gereicht“, sagt sie.

### **Zu den Aktionen der Bremer Gruppe „Ambulante Versorgungslücken“ gehören unter anderem folgende Initiativen:**

**Patientenhoteles:** Gefordert wird langfristig die Schaffung und Finanzierung von Hotels für Patienten nach skandinavischem Vorbild, die dann auch durch die Kassen getragen werden sollen. Dort sollen „hilflose“ Personen noch eine Weile betreut werden können. Rütten plädiert für eine größere Erweiterung. „Besonders alte und allein stehende Patienten sind nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause oft hilflos“, „frühere Systeme wie Familie oder die Nachbarschaft funktionieren nicht mehr so gut. Hier kann ein Patientenhotel einspringen“.

### **Änderung des Sozialgesetzbuches:**

Die Gruppe fordert eine Änderung des SGB V, damit auch Alleinstehende nach einer OP Anspruch auf Haushaltshilfen bekommen. Paragraf 38, SGB V sieht vor, dass die Kassen unter bestimmten Bedingungen nach Krankenhausesentlassungen Haushaltshilfen zahlen, zum Beispiel an alleinstehende Frauen mit Kindern unter 12 Jahren. Die Initiative fordert eine gesetzliche Klarstellung zu einer Auslegung, die bisher nur einzelne Kassen gewähren: Absatz zwei des Paragrafen erlaubt es den Kassen, diese Bestimmungen zu erweitern.

**Dialog mit Krankenkassen:** Örtliche Krankenkassen in Bremen haben sich dem Diskurs gestellt. Die Initiative hatte recherchiert, wie die Satzungen der Gesetzlichen Krankenkassen ihre ambulante Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt regeln. Alle angeschriebenen Krankenkassen hatten in den letzten Jahren ihre Satzungen zwar nachgebessert, trotzdem wurde der Bereich der hauswirtschaftlichen Nachsorge nicht an die Gesundheitsentwicklung angepasst. Aber viele Kassen waren zum Gespräch bereit.

### **Petition im Bundestag**

Auf Initiative der Gruppe Ambulante Versorgungslücke konnte eine Petition

erfolgreich im Bundestag eingebracht werden:

### **„Verbesserung der Möglichkeit zur häuslichen Krankenpflege gefordert“**

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die häusliche Krankenpflege sollen verbessert werden. Dafür hat sich am Mittwochvormittag der Petitionsausschuss einstimmig ausgesprochen und beschlossen, eine entsprechende Petition dem Bundesministerium für Gesundheit als Material zu überweisen und den Fraktionen des Bundestages zur Kenntnis zu geben. Damit wollen die Abgeordneten sicherstellen, dass die Petition in die Vorbereitung von Gesetzentwürfen einbezogen wird.

Hauptanliegen der Petition ist es, zu erreichen, dass häusliche Krankenpflege auch dann geleistet wird, wenn keine ärztliche Behandlung erforderlich ist, aber zugleich ein Bedarf an Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung besteht. Nach derzeitiger Rechtslage besteht derzeit kein Anspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung auf häusliche Krankenpflege, soweit keine ärztliche Behandlung und keine diese unterstützende Behandlungspflege erforderlich ist. Zur Begründung heißt es in der Petition, aufgrund des medizinischen Fortschritts

und der Einführung der Fallpauschalregelung würden Patienten heute früher aus dem Krankenhaus entlassen. Zahlreiche Behandlungen und Operationen seien zudem in den ambulanten Bereich verlagert worden. Das, so der Petent, habe dazu geführt, dass Heilungs- und Genesungsphasen in der privaten Wohnung von den Betroffenen selbst finanziert werden müssten. Häufig betreffe das ältere oder alleinstehende Menschen mit kleinerem Einkommen. Die Petition wurde im Internet von mehr als 25.000 Unterstützern mitgezeichnet. Quelle: Pressemitteilung vom 24.03.2010 Deutscher Bundestag - Parlamentskorrespondenz, PuK 2

### **Die Bürgerinitiative erreichen Sie über: Elsbeth Rütten**

Bismarckstraße 208  
28205 Bremen  
Tel. 0421 - 380 97 34 und  
Tel. 0163 - 443 00 20  
[www.ambulante-versorgungsluecke.de](http://www.ambulante-versorgungsluecke.de)

## Beispiele für ähnliche bundesweite Aktionen

### Antrag der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen im Bundestag

Im September 2010 hat auch die Fraktion Bündnis 90/Die GRÜNEN im Bundestag einen Antrag zu diesem Thema auf den Weg gebracht.

Darin heißt es u.a.:

Mit dem 2003 im Kliniksektor eingeführten System der Diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) verband der Gesetzgeber unter anderem das Ziel, die Versorgung durch eine Verkürzung der stationären Verweildauern wirtschaftlicher und effizienter zu gestalten.

In vielen Fällen dürfte eine frühere Entlassung gleichermaßen im Interesse der Klinik wie auch der Patientinnen und Patienten sein. Auch viele Patientinnen und Patienten ziehen eine ambulante Behandlung einer stationären vor. Allerdings offenbaren sich nun deutlicher als vor der Einführung der DRG vorhandene Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. So bietet das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) keine ausreichende Versorgung durch Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Hilfen, wenn nach einem stationären Aufenthalt oder einer ambulanten Operation bzw. Behandlung (z. B. Chemotherapie) ein weitergehender

Unterstützungsbedarf vor allem bei der Bewältigung von notwendigen Alltagsaktivitäten besteht. Kann dieser Bedarf nicht über informelle Hilfen oder über kompensierende Dienstleistungen abgedeckt werden, besteht die Gefahr von Unterversorgung. Dies wiederum kann die gesundheitliche Situation der Patientinnen und Patienten verschlechtern bzw. die Genesung erheblich verzögern.

Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

- einen Gesetzentwurf zur Änderung des SGB V vorzulegen, so dass Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten medizinischen Behandlung bei Bedarf einen Anspruch auf Behandlungs-, Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung erhalten;
- bei den Vertragspartnern nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) darauf hinzuwirken, dass im Rahmen der Begleitforschung nach § 17b Absatz 8 KHG auch die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der angrenzenden Versorgungsbereiche, so beispielsweise auch auf die ambulante Versorgung, Pflege und Rehabilitation, untersucht werden.

(...) Die bestehenden gesetzlichen Regelungen, insbesondere § 37 Absatz 1 SGB V (Häusliche Krankenpflege), werden diesen veränderten Versorgungsbedarfen von einigen Patientinnen und Patienten nicht mehr gerecht. Die gesetzlichen Krankenkassen lehnen häusliche Krankenpflege meist mit der Begründung ab, dass eine Kostenübernahme nur dann in Betracht komme, wenn dadurch der Aufenthalt im Krankenhaus vermieden bzw. verkürzt würde. Dies ist in der Tat im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nicht gegeben, so wie zum anderen die Einführung der DRG bereits zu einer deutlichen Verkürzung der stationären Verweildauer geführt hat. Doch eben diese Verkürzung ist in vielen Fällen der Grund für einen weitergehenden Bedarf an Leistungen der Grundpflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung. Diese Leistungen sind jedoch im Sinne des § 37 SGB V an den zugleich bestehenden Bedarf an medizinischer Behandlung bzw. Behandlungspflege gekoppelt.

Der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung folgt in den geschilderten Fällen nicht aus einer gleichzeitig stattfindenden, sondern vielmehr aus einer vorausgegangenen medizinischen Behandlung. Erst daraus ergibt sich der Bedarf an Leistungen der häuslichen Krankenpflege. § 37 Absatz 1

SGB V in seiner jetzigen Fassung entstand allerdings noch vor Einführung der DRG, also bevor durch die Vergütungsstruktur Anreize gesetzt wurden, die Verweildauer bei stationären Behandlungen zu reduzieren.

# 8. Rechtsgrundlagen

## zu ärztlicher Versorgung, Kapitel 6.1

### § 13 Abs. 14 EKV

(14) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Versicherten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

### § 27 Abs. 5 EKV

(5) Zur Gewährleistung der freien Arztwahl soll die Überweisung nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden, in deren Bereich die Überweisung ausgeführt werden soll. Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.

### § 13 BMV-Ä Anspruchsberechtigung und Arztwahl

(1) Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten, die ihre Anspruchsberechtigung durch Vorlage der Elektronische Gesundheitskarte oder eines anderen gültigen Behandlungsausweises nachweisen. Die Versicherten sind verpflichtet, die Elektronische Gesundheitskarte vor jeder Inanspruchnahme eines Vertragsarztes vorzulegen. Die Krankenkassen werden ihre Mitglieder entsprechend informieren.

(2) Kostenerstattungs berechtigte Versicherte, die sich nicht nach Abs. 1 ausweisen, sind Privatpatienten. Unberührt davon bleiben die Regelungen nach § 18 Abs. 8 Nr. 1 und Absatz 9. Ärztliche Leistungen im Rahmen einer Privatbehandlung sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen. Die Krankenkassen erstatten nach Maßgabe ihrer Satzung ihren kostenerstattungs berechtigten Versicherten höchstens hierfür die entsprechende Vergütung, die die Krankenkassen bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätten, abzüglich des Erstattungsbetrages für Verwaltungs kosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie vorgesehene Zuzahlungen.

(3) Den Versicherten steht die Wahl unter den Vertragsärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, den nach § 311 Abs. 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen, den ermächtigten Ärzten und den ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen im Umfang der jeweiligen Ermächtigung sowie den zu ambulanten Operationen in den betreffenden Leistungsbereichen zugelassenen Krankenhäusern frei. Andere Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.

(4) Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin können nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Abweichend von Satz 1 können Ärzte für Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses i.V.m. Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrages direkt in Anspruch genommen werden. Sie sind berechtigt, gemäß Anlage 9.2 die notwendigen Leistungen zu veranlassen.



(5) Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) können hochspezialisierte Leistungen bestimmt werden, die wegen besonderer apparativer und fachlicher Voraussetzungen oder zur Sicherung der Qualität der Versorgung nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.

(6) Bei psychotherapeutischer Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist spätestens nach den probatorischen Sitzungen der Konsiliarbericht einzuholen. Das Nähere bestimmt Anlage 1 zu diesem Vertrag.

(7) Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung sowohl die Elektronische Gesundheitskarte vorlegt als auch in den in § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18 Absatz 1 bestimmten Fällen eine Zuzahlung von 10,00 € leistet. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für die nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten. Der Vertragsarzt darf die Behandlung eines Versicherten im Übrigen nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.

(8) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Vertragsarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes. Hat der Vertragsarzt die Behandlung übernommen, ist er auch verpflichtet, die in diesem Rahmen notwendigen Verordnungen zu treffen, soweit die zu verordnenden Leistungen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen.

(9) Bei der Verordnung von zuzahlungspflichtigen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln – sofern der Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat – und Verordnung von Krankentransporten ist von der Zuzahlungspflicht des Patienten auszugehen. Dies gilt nicht im Falle von Verordnungen im Rahmen der Behandlung von Schwangeren. Vertragsärzte dürfen nur dann die Befreiung von der Zuzahlung kenntlich machen, wenn der Versicherte einen gültigen Befreiungsbescheid seiner Krankenkasse vorlegt.

#### § 17 Abs. 6 BMV-Ä

(6) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung

zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

#### § 24 Abs. 5 BMV-Ä

(5) Zur Gewährleistung der freien Arztwahl soll die Überweisung nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden, in deren Bereich die Überweisung ausgeführt werden soll. Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen

#### § 32 Ärzte-ZV

(1) Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder

an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 erfüllt, vertreten lassen. Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenärztliche Vereinigung beim Vertragsarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt.

(2) Die Beschäftigung von Assistenten gemäß § 3 Abs. 3 bedarf der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Im übrigen darf der Vertragsarzt einen Vertreter oder einen Assistenten nur beschäftigen, wenn dies im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung oder aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztli-

chen Versorgung erfolgt; die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist erforderlich. Die Dauer der Beschäftigung ist zu befristen. Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Beschäftigung eines Vertreters oder Assistenten nicht mehr begründet ist; sie kann widerrufen werden, wenn in der Person des Vertreters oder Assistenten Gründe liegen, welche beim Vertragsarzt zur Entziehung der Zulassung führen können.

(3) Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen.

(4) Der Vertragsarzt hat Vertreter und Assistenten zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten.

### § 13 SGB I Aufklärung

Die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.

### § 14 SGB I Beratung

Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

### § 15 SGB I Auskunft

(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen.

(2) Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftsuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist.

### § 21 SGB I Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können in Anspruch genommen werden:

1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,

2. bei Krankheit Krankenbehandlung, insbesondere

- a) ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
- b) Versorgung mit Arznei, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- c) häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- d) Krankenhausbehandlung,
- e) medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
- f) Betriebshilfe für Landwirte,
- g) Krankengeld,

3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,

4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.

5. (weggefallen)

(2) Zuständig sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkassen.

### § 72 SGB V Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.

(4) (weggefallen)

### § 73 Abs. 2 SGB V Kassenärztliche Versorgung

(2) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2,
  - 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 entspricht,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
7. Verordnung von Arznei-, Verband-,

Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,

8. Verordnung häuslicher Krankenpflege,

9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,

10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,

11. ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,

12. Verordnung von Psychotherapie.

Die Nummern 2 bis 8, 10 bis 12 sowie 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.

### **§ 73b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung**

(1) Die Krankenkassen haben ihren Versi-

cherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.

(2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

(3) Die Teilnahme an der hausarztzent-

rierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Können sich die Vertragspar-

teilen nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen. Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.

Finden die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, haben sie zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 Verträge mit einem oder mehreren der in Satz 3 genannten Vertragspartner zu schließen. In den Fällen der Sätze 3 und 4 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforderung zur Abgabe eines Ange-

bots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben. Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungsersatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(4a) Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 festlegt. Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson und die Festlegung des Vertragsinhalts haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2,

sowie die Vergütung zu regeln. Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich. Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten

sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zustande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 4 können vereinbaren, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereini-

gungspflicht nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.

### **§ 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfaßt auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 87a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten. Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in § 81 Abs. 5 vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist. Die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlaßt werden.

(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,16fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebüh-

renverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

(3b) Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden. Für den Verband der privaten Krankenversicherung gilt § 12 Abs. 1d des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend. Wird zwischen den Beteiligten nach Satz 1 keine Einigung über eine von Absatz 3a Satz 2

abweichende Vergütungsregelung erzielt, kann der Beteiligte, der die Abweichung verlangt, die Schiedsstelle nach Absatz 3c anrufen. Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen, dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten entspricht,
2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und
3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten angemessen berücksichtigt.

Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter.

Für die in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten und Tarife kann die Vergütung für die in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den entsprechenden Leistungserbringern oder den sie vertretenden Verbänden ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 und 3 geregelt werden; Satz 2 gilt entsprechend. Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 7 vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag weiter.

(3c) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden mit dem Verband der privaten Krankenversicherung je eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einerseits und Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften andererseits in gleicher Zahl,

einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie je einem Vertreter des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einig sein. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 89 Abs. 3 Satz 4 bis 6 entsprechend. Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 entsprechend. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium der Finanzen; § 129 Abs. 10 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten in Notfällen außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärzte und Anstaltszahnärzte sicherzustellen, soweit die Behandlung nicht auf andere Weise gewährleistet ist. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Soweit die ärztliche Versorgung in der knappschaftlichen Krankenversicherung nicht durch Knappschaftsärzte sichergestellt wird, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(6) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen.

(7) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben

1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen,
2. in Richtlinien bis spätestens 30. Juni 2002 die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind, und
3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.

Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrech-



nungspunktwerte ist zulässig. Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 kann auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind.

(7a) Abweichend von Absatz 7 Satz 2 muss die für die ärztliche Versorgung geltende Richtlinie nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 ab dem 1. Januar 2009 sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 erhält. Dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, daß die zur

Ableistung der Vorbereitungszeiten von Ärzten sowie die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte benötigten Plätze zur Verfügung stehen.

(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, mit Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 24b aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und die Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten.

(10) (weggefallen)

### § 13 Abs. 14 EKV

(14) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Versicherten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

### § 13 BMV-Ä

#### Anspruchsberechtigung und Arztwahl

(1) Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten, die ihre Anspruchsberechtigung durch Vorlage der Elektronische Gesundheitskarte oder eines anderen gültigen Behandlungsausweises nachweisen. Die Versicherten sind verpflichtet, die Elektronische Gesundheitskarte vor jeder Inanspruchnahme eines Vertragsarztes vorzulegen. Die Krankenkassen werden ihre Mitglieder entsprechend informieren.

(2) Kostenerstattungsberechtigte Versicherte, die sich nicht nach Abs. 1 ausweisen, sind Privatpatienten. Unberührt davon bleiben die Regelungen nach § 18 Abs. 8 Nr. 1 und Absatz 9. Ärztliche Leistungen im Rahmen einer Privatbehandlung sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen. Die Krankenkassen erstatten nach Maßgabe ihrer Satzung ihren kostenerstattungsberechtigten Versicherten höchstens hierfür die entsprechende Vergütung, die die Krankenkassen bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätten, abzüglich des Erstattungsbetrages für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie vorgesehene Zuzahlungen.

(3) Den Versicherten steht die Wahl unter den Vertragsärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, den nach § 311 Abs. 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen, den ermächtigten Ärzten und den ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen im Umfang der jeweiligen Ermächtigung sowie den zu ambulanten Operationen in den betreffenden Leistungsbereichen zugelassenen Krankenhäusern frei. Andere Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.

(4) Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin können nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Abweichend von Satz 1 können Ärzte für Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses i.V.m. Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrages direkt in Anspruch genommen werden. Sie sind berechtigt, gemäß Anlage 9.2 die notwendigen Leistungen zu veranlassen.

(5) Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) können hochspezialisierte Leistungen bestimmt werden, die wegen besonderer apparativer und fachlicher Voraussetzungen oder zur Sicherung der Qualität der Versorgung nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.

(6) Bei psychotherapeutischer Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist spätestens nach den probatorischen Sitzungen der Konsi-

liarbericht einzuholen. Das Nähere bestimmt Anlage 1 zu diesem Vertrag.

(7) Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung sowohl die Elektronische Gesundheitskarte vorlegt als auch in den in § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18 Absatz 1 bestimmten Fällen eine Zuzahlung von 10,00 € leistet. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für die nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten. Der Vertragsarzt darf die Behandlung eines Versicherten im Übrigen nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.

(8) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Vertragsarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes. Hat der Vertragsarzt die Behandlung übernommen, ist er auch verpflichtet, die in diesem Rahmen notwendigen Verordnungen zu treffen, soweit die zu verordnenden Leistungen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen.

(9) Bei der Verordnung von zuzahlungs-

pflichtigen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln – sofern der Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat – und Verordnung von Krankenbeförderungen ist von der Zuzahlungspflicht des Patienten auszugehen. Dies gilt nicht im Falle von Verordnungen im Rahmen der Behandlung von Schwangeren. Vertragsärzte dürfen nur dann die Befreiung von der Zuzahlung kenntlich machen, wenn der Versicherte einen gültigen Befreiungsbescheid seiner Krankenkasse vorlegt.

#### § 17 Abs. 6 BMV-Ä

(6) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

#### § 7 Abs. 5 HKP RL G-BA

(5) Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, kann sie oder er diese anstelle der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes für die Dauer bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktages verordnen. In diesem Falle soll die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt informieren.

#### § 11 SGB V Leistungsarten

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach

§ 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

### **§ 37 SGB V Häusliche Krankenpflege**

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungs-

pflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen

Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine

selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

#### § 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15)

der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

#### § 36 SGB XI Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden.

Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 genannten Einrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außerordentlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 3 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwen-

dung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

### **§ 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen**

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I

- a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III

- a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1

nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,
2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestel-

lung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 31 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegefachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten

Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen. Für die Durchführung von Beratungen nach Absatz 3 Satz 6 können die Landesverbände der Pflegekassen geeignete Bera-

tungsstellen anerkennen, ohne dass ein Nachweis über die pflegefachliche Kompetenz erforderlich ist.

(8) Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin (§ 7a) kann die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und diese bescheinigen.

### **§ 38 SGB XI Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)**

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

### **§ 45 SGB XI Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich

anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.

### **§ 61 SGB XII Leistungsberechtigte und Leistungen**

(1) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für



mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu leisten. Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und behinderten Menschen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.

(2) Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Inhalt der Leistungen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches gilt entsprechend. Die Hilfe zur Pflege kann auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden. § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches sind insoweit anzuwenden.

(3) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen,
4. andere Krankheiten oder Behinderungen, infolge derer Personen pflegebedürftig im Sinne des Absatzes 1 sind.

(4) Der Bedarf des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.

(6) Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches, die Verordnung nach § 30 des Elften Buches, die Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung nach § 75 des Elften Buches und die Vereinbarungen über die Qualitätssicherung nach § 113 des Elften Buches finden zur näheren Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, des Inhalts der Pflegeleistung, der Unterkunft und Verpflegung und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach § 64 entsprechende Anwendung.

### **§ 62 SGB XII Bindung an die Entscheidung der Pflegekasse**

Die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch ist auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu

Grunde zu legen, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind

### § 63 SGB XII Häusliche Pflege

Reicht im Fall des § 61 Abs. 1 häusliche Pflege aus, soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, dass die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Das Nähere regeln die §§ 64 bis 66. In einer stationären oder teilstationären Einrichtung erhalten Pflegebedürftige keine Leistungen zur häuslichen Pflege. Satz 3 gilt nicht für vorübergehende Aufenthalte in einem Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches, soweit Pflegebedürftige nach § 66 Absatz 4 Satz 2 ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Die vorrangigen Leistungen des Pflegegeldes für selbst beschaffte Pflegehilfen nach den §§ 37 und 38 des Elften Buches sind anzurechnen. § 39 des Fünften Buches bleibt unberührt.

### § 64 SGB XII Pflegegeld

(1) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus

einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (erheblich Pflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe des Betrages nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 des Elften Buches.

(2) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe des Betrages nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 des Elften Buches.

(3) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe des Betrages nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 des Elften Buches.

(4) Bei pflegebedürftigen Kindern ist der infolge Krankheit oder Behinderung gegenüber einem gesunden gleichaltrigen

Kind zusätzliche Pflegebedarf maßgebend.

(5) Der Anspruch auf das Pflegegeld setzt voraus, dass der Pflegebedürftige und die Sorgeberechtigten bei pflegebedürftigen Kindern mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellen. Besteht der Anspruch nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen. Bei der Kürzung ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Stellt die Pflegekasse ihre Leistungen nach § 37 Abs. 6 des Elften Buches ganz oder teilweise ein, entfällt die Leistungspflicht nach den Absätzen 1 bis 4.

### § 65 SGB XII Andere Leistungen

(1) Pflegebedürftigen im Sinne des § 61 Abs. 1 sind die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Pflege nach § 63 Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflege

gekräft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.

(2) Pflegebedürftigen, die Pflegegeld nach § 64 erhalten, sind zusätzlich die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

### § 66 SGB XII Leistungskonkurrenz

(1) Leistungen nach § 64 und § 65 Abs. 2 werden nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten. Auf das Pflegegeld sind Leistungen nach § 72 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 vom Hundert, Pflegegelder nach dem Elften Buch jedoch in dem Umfang, in dem sie geleistet werden, anzurechnen.

(2) Die Leistungen nach § 65 werden neben den Leistungen nach § 64 erbracht. Werden Leistungen nach § 65 Abs. 1 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erbracht, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden.

(3) Bei teilstationärer Betreuung von Pflegebedürftigen oder einer vergleichbaren nicht nach diesem Buch durchgeführten Maßnahme kann das Pflegegeld nach § 64 angemessen gekürzt werden.

(4) Leistungen nach § 65 Abs. 1 werden insoweit nicht erbracht, als Pflegebedürftige in der Lage sind, zweckentsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen. Stellen die Pflegebedürftigen ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, können sie nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist ein nach dem Elften Buch geleistetes Pflegegeld vorrangig auf die Leistung nach § 65 Abs. 1 anzurechnen.

### § 3 Abs. 1 HKP RL G-BA

(1) Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihr oder ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus nach Maßgabe von § 7 Absatz 5 verordnen.

### § 3 HM RL G-BA Versorgungsanspruch

(1) Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- einer Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen,

soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

(2) Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, sofern

sie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind.

(3) Hilfsmittel können nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn es sich um

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung,
- Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz,
- Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (Pflegehilfsmittel) oder
- Leistungen, die im Rahmen der stationären Pflege durch den Träger der Pflegeeinrichtung vorzuhalten sind, handelt.

### § 6 HM RL G-BA Allgemeine Verordnungsgrundsätze

(1) Die Vertragsärzte treffen die Verordnung von Hilfsmitteln nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und diese Richtlinie bestimmten Rahmens, um dem Versicherten eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand

der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln zukommen zu lassen. Die Vertragsärzte stellen sicher, dass für sie tätig werdende Ärzte diese Richtlinie kennen und beachten.

(2) Die Verordnung von Hilfsmitteln kann nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Versicherten überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

(3) Die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) ergibt sich nicht allein aus der Diagnose. Unter Gesamtbetrachtung (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind

- der Bedarf,
  - die Fähigkeit zur Nutzung,
  - die Prognose und
  - das Ziel
- einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und

Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel (§ 3 Abs. 1) zu berücksichtigen.

(4) Bei der Verordnung von Hilfsmitteln sind die Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten. Vor der Verordnung von Hilfsmitteln sollen die Vertragsärzte unter anderem prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel durch andere Maßnahmen erreicht werden kann.

(5) Von gleichartig wirkenden Hilfsmitteln ist im Rahmen der Indikationsstellung das nach Art und Umfang dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechende zu verordnen. Das Hilfsmittelverzeichnis dient hierbei als Orientierungs- und Auslegungshilfe und bietet einen für Vergleichszwecke geeigneten Überblick. Eine gleichzeitige Verordnung mehrerer Hilfsmittel für denselben Anwendungsbereich kann nur sinnvoll sein, wenn durch sie eine therapeutisch zweckmäßige Synergie bewirkt wird.

(6) Eine Wiederverordnung von Hilfsmitteln ist ausgeschlossen, wenn die Gebrauchsfähigkeit des bisher verwendeten Mittels durch Änderung oder Instandsetzung erhalten werden kann.

(7) Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann verordnet werden, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Mittel anzusehen. Hinweise hierzu ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis.

(8) Die Verordnung von Maßanfertigungen ist nicht zulässig, wenn die Versorgung mit Fertigartikeln (Konfektion oder Maßkonfektion) denselben Zweck erfüllt.

(9) Die Entwicklung und damit zusammenhängende Erprobung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenversicherung ist unzulässig.

(10) Die Verordnung eines Hilfsmittels ist ausgeschlossen, wenn es Bestandteil einer neuen, nicht anerkannten Behandlungsmethode ist.

### § 7 HM RL G-BA Inhalt der Verordnung

(1) Die Vertragsärzte sind gehalten, die Verordnung von Hilfsmitteln sorgfältig und leserlich auszustellen. Die Verordnungen sind auf den vereinbarten Vordruckmustern vorzunehmen. Die Vordru-

cke müssen vollständig ausgefüllt werden. Die Verwendung von Stempeln, Aufklebern u. ä. ist nicht zulässig.

(2) In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Der Vertragsarzt soll deshalb unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere

- die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses (soweit dort aufgeführt),
- die Anzahl und
- ggf. Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Lieferanten gewährleisten, angeben. Ggf. sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

(3) Bei der Verordnung eines Hilfsmittels kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlos-

senen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit dem Versicherten ausgewählt. Hält es der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihm freigestellt, in diesen Fällen eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. Eine entsprechende Begründung ist erforderlich.

(4) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arzttunterschrift mit Datumsangabe.

(5) Für die Verordnung von Sehhilfen (Abschnitt B) und Hörhilfen (Abschnitt C) gelten Besonderheiten.

### **§ 9 HM RL G-BA Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln**

Der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.

### **§ 11 SGB V Leistungsarten**

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Über-

gang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

**§ 13 Abs. 14 EKV**

(14) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Versicherten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

**§ 17 Abs. 6 BMV-Ä**

(6) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,

2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

**§ 2 Abs. 2 KRL G-BA  
Krankentransportrichtlinie**

(2) Der Vertragsarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann er nachträglich verordnen. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.

**§ 8 KRL G-BA Ausnahmefälle für  
Krankenfahrten zur ambulanten  
Behandlung**

(1) In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Abs. 2 Buchstaben b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) Voraussetzungen für eine Verordnung

- und eine Genehmigung sind,
- dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und
  - dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.

(3) Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

(4) Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. Fahrten, für die ein zwingender medizinischer Grund nicht vorliegt, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind keine Krankenkassenleistung.

### § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und

Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, dass sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom

Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

(5) (weggefallen)

### § 60 SGB V Fahrkosten

(1) Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 festgelegt hat.



2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

### **§ 61 SGB V Zuzahlungen**

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

### **§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB XI**

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

#### **§ 14 Abs. 7 ApoG**

(7) Der Leiter der Krankenhausapotheke nach Absatz 1 oder ein von ihm beauftragter Apotheker oder der Leiter einer Apotheke nach Absatz 4 dürfen nur solche Krankenhäuser mit Arzneimitteln versorgen, mit denen rechtswirksame Verträge bestehen oder für deren Versorgung eine Genehmigung nach Absatz 5 Satz 3 erteilt worden ist. Die in Satz 1 genannten Personen dürfen Arzneimittel nur an die einzelnen Stationen und anderen Teileinheiten des Krankenhauses zur Versorgung von Patienten abgeben, die in dem Krankenhaus vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) behandelt, ambulant operiert oder im Rahmen sonstiger stationärsersetzender Eingriffe (§ 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) versorgt werden, ferner zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere an Hochschulambulanzen (§ 117 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), sozialpädiatrische Zentren (§ 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sowie an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wenn das

Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) oder berechtigt (§§ 116b und 140b Abs. 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist. Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln nur abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Unbeschadet des Satzes 3 können an Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für längstens drei Tage abgegeben werden. An Beschäftigte des Krankenhauses dürfen Arzneimittel nur für deren unmittelbaren eigenen Bedarf abgegeben werden.

#### **§ 23 Abs. 2 LKG**

(2) Ist der Patient auf Grund seines Krankheitszustandes außerstande, seine Angehörigen von der Aufnahme in das Krankenhaus zu unterrichten, so soll das Krankenhaus sofort die Angehörigen benachrichtigen. Stirbt ein Patient, so unterrichtet das Krankenhaus unverzüglich die Angehörigen oder, sofern dies nicht möglich ist, die zuständige Polizei-

dienststelle, die ihrerseits die Angehörigen unverzüglich unterrichtet. Angehörige in diesem Sinne sind auch Partnerinnen und Partner gleich- oder verschiedengeschlechtlicher Lebensgemeinschaften

#### **§ 24 Abs. 2 LKG**

(2) Das Krankenhaus ergänzt die ärztliche und pflegerische Versorgung auf Wunsch des Patienten durch persönliche Hilfe und durch Maßnahmen, die sich auf seine soziale Situation beziehen, mit dem Ziel, durch Krankheit oder Behinderung gestörte Beziehungen des Patienten zu Familie, Beruf und Gesellschaft zu normalisieren sowie den Patienten in allen sozialen Fragen zu beraten und bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen. Dazu sind Sozialarbeiter einzusetzen.

#### **§ 11 SGB V Leistungsarten**

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur

Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

#### **§ 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsge-

rechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch.

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens

drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse

berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.

(4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne dass es sich um Anschlussrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

### **§ 115 b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und § 137 zu berücksichtigen.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausesgesellschaft über den

Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.

(4) Bis zum Inkrafttreten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1994, sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage

des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96), in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Operationen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(5) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

### **§ 116 b SGB V Ambulante Behandlung im Krankenhaus**

(1) Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behand-

lung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.

(2) Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.

(3) Der Katalog zur ambulanten Behandlung umfasst folgende hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:

## 1. hochspezialisierte Leistungen

- CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- Brachytherapie,

## 2. seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/Aids
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
- spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mucoviszidose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
- Diagnostik und Therapie von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden

- Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
- Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden.

Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat erstmals bis zum 31. März 2004 den Katalog nach Absatz 3 zu ergänzen um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen, die die Kriterien nach Satz 2 erfüllen. Voraussetzung für die Aufnahme in den Katalog ist, dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit belegt sind, wobei bei der Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit die Besonderheiten der Leistungserbringung im Krankenhaus im Vergleich zur Erbringung in der Vertragsarztpraxis zu berücksichtigen sind. Die Richtlinien haben außerdem Regelungen dazu zu treffen, ob und in welchen Fällen die ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus die Überweisung durch den Hausarzt oder den Facharzt voraussetzt. In den

Richtlinien sind zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln; als Mindestanforderungen gelten die Anforderungen nach § 135 entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den gesetzlich festgelegten Katalog, die Qualifikationsanforderungen und die Richtlinien spätestens alle zwei Jahre daraufhin zu überprüfen, ob sie noch den in den Sätzen 2 bis 4 genannten Kriterien entsprechen sowie zu prüfen, ob neue hochspezialisierte Leistungen, neue seltene Erkrankungen und neue Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in den Katalog nach Absatz 3 aufgenommen werden müssen.

(5) Die nach Absatz 2 von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Das Krankenhaus teilt den Krankenkassen die von ihm nach den Absätzen 3 und 4 ambulant erbringbaren Leistungen mit und bezeichnet die hierfür berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (§ 87). Die Vergütung der in den Jahren 2007 und 2008

erbrachten ambulanten Leistungen erfolgt in den einzelnen Quartalen nach Maßgabe des durchschnittlichen Punktwertes, der sich aus den letzten vorliegenden Quartalsabrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung bezogen auf den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ergibt. Der Punktwert nach Satz 4 wird aus den im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung geltenden kassenartenbezogenen Auszahlungspunktwerten je Quartal, jeweils gewichtet mit den auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen abgerechneten Punktzahlvolumina, berechnet. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen regelmäßig acht Wochen nach Quartalsbeginn, erstmals bis zum 31. Mai 2007, den durchschnittlichen Punktwert nach Satz 4 gemeinsam und einheitlich fest. Erfolgt die Feststellung des durchschnittlichen Punktwertes bis zu diesem Zeitpunkt nicht, stellt die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde den Punktwert fest. Ab dem 1. Januar 2009 werden die ambulanten Leistungen des Krankenhauses mit dem Preis der in seiner Region geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 Satz 6) vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen.

(6) Die ambulante Behandlung nach Absatz 2 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags im Rahmen der Zulassung erforderlich sind; § 73 Abs. 2 Nr. 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Abs. 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Die Krankenhäuser haben dabei ein Kennzeichen nach § 293 zu verwenden, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Abs. 4 entsprechend, soweit vertraglich nichts anderes vereinbart ist

#### **§ 140 a SGB V Integrierte Versorgung**

(1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen

eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung. Die für die ambulante Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln soll durch Verträge nach § 130a Abs. 8 erfolgen.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

(3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die

teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden.

### § 140 b SGB V Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140a Abs. 1 nur mit

1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
3. Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,
4. Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
5. Pflegekassen und zugelassenen Pflege-

einrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,

6. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften,
7. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 abschließen.

(2) (weggefallen)

(3) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 und 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an

der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach den Absätzen 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(4) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2008



abgeschlossen werden, nicht. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. Die Krankenhäuser sind unabhängig von Satz 3 im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung zur ambulanten Behandlung der im Katalog nach § 116b Abs. 3 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen berechtigt.

(5) Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich.

### § 140 c SGB V Vergütung

(1) Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die

Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.

(2) Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierbare Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.

### § 140 d SGB V Anschubfinanzierung, Bereinigung

(1) Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2008 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versor-

gung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Sie dürfen nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. Satz 2 gilt nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind. Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel spätestens zum 31. März 2009 an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser, soweit die Mittel in den Jahren 2007 und 2008 einbehalten wurden, entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuzahlen.

(2) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2008 entsprechend der Zahl der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten

übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.

(3) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben die Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

(4) Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden bis zum 31. Dezember 2008 nur die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.

(5) Die Krankenkassen melden der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildeten gemeinsamen Registrierungsstelle die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel nach Absatz 1 Satz 1. Die Registrierungsstelle veröffentlicht einmal jährlich

einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung. Der Bericht soll auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge enthalten.

**Aufgabenstellung nach § 1 Abs. 3  
Nr. 2 c, f, Nr. 3 b, c, d; Nr. 4 a, b  
Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG)**

(3) Der öffentliche Gesundheitsdienst stellt insbesondere die Wahrnehmung folgender Kernaufgaben sicher:  
(...)

2. Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und Schutz der Gesundheit für Kinder und Jugendliche:

c) kinder- und jugendärztliche sowie kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, Beratung, Vermittlung von Betreuung und Hilfsangeboten, einschließlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Krisenintervention, sowie Sicherstellung der vorbeugenden und nachgehenden Gesundheitshilfe, einschließlich der Anordnung therapeutischer Leistungen mit deren Verlaufsbeobachtung und Qualitätssicherung,  
(...)

f) ambulante therapeutische Versorgung behinderter und schwer behinderter Kinder und Jugendlicher insbesondere im Schulbereich, soweit diese nicht anders gewährleistet wird;

3. Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfe für Erwachsene:

b) Beratung, psychosoziale Unterstüt-

zung und Hilfevermittlung sowie Sicherstellung der vorbeugenden und nachgehenden Gesundheitshilfe,  
c) Hilfen und Schutzmaßnahmen nach dem Gesetz für psychisch Kranke,  
d) Beratung und Betreuung von Menschen mit Behinderung einschließlich psychisch Kranker, Abhängigkeitskranker sowie von Behinderung bedrohter Menschen oder durch psychische Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen Gefährdeter,

4. Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz und Katastrophenschutz:

a) Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten, Epidemien und Pandemien, Überwachung der Anforderungen der Hygiene, Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von auf den Menschen übertragbaren Erkrankungen,

b) Schutz vor gesundheitsbeeinträchtigenden und krank machenden Umwelteinflüssen, Ermitteln und Bewerten der Ursachen von Gesundheitsrisiken aus der Umwelt und Hinwirken auf deren Beseitigung.

**Gesundheitshilfe nach § 8 Abs. 2  
Nr. 4-7 Gesundheitsdienst-Gesetz  
(GDG)**

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt die Aufgaben der Beratung, der psychosozialen Unterstützung und der Hilfevermittlung insbesondere für folgende Zielgruppen wahr, soweit sie nicht durch Dritte gewährleistet werden:  
(...)

4. für Opfer häuslicher oder sexueller Gewalt, einschließlich der Opfer des Menschenhandels,

5. für geistig, seelisch oder körperlich behinderte Menschen sowie für von einer solchen Behinderung bedrohte Menschen zur Sicherung der Teilhabe und (Wieder-)Eingliederung nach dem Neunten und dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch,

6. für krebskranke und andere chronisch kranke Menschen,

7. für Menschen, die an einer sexuell übertragbaren Krankheit oder an Aids erkrankt sind oder gefährdet sind, sich zu infizieren,

(...)

## 9. Abkürzungsverzeichnis

### **Ärzte-ZV**

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

### **ApoG**

Gesetz über das Apothekenwesen

### **BÄK**

Bundesärztekammer

### **BMV-Ä**

Bundesmantelvertrag Ärzte

### **BSG**

Bundessozialgericht

### **EKV**

Bundesmantelvertrag der Ersatzkassen

### **G-BA**

gemeinsamer Bundesausschuss

### **HKP**

häusliche Krankenpflege

### **HM**

Hilfsmittel

### **KV**

Kassenärztliche Vereinigung

### **KVB**

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

### **LKG**

Landeskrankenhausgesetz

### **Reha**

Rehabilitation

### **RiLi**

Richtlinie

### **SGB**

Sozialgesetzbuch





# Impressum

## **Herausgeber**

Senatsverwaltung für Gesundheit,  
Umwelt und Verbraucherschutz –  
Öffentlichkeitsarbeit  
Brückenstraße 6  
10179 Berlin  
[www.berlin.de/senguv](http://www.berlin.de/senguv)

## **Inhalte und Bearbeitung**

Senatsverwaltung für Gesundheit,  
Umwelt und Verbraucherschutz  
– Die Patientenbeauftragte für Berlin –  
[www.berlin.de/lb/patienten](http://www.berlin.de/lb/patienten)

## **Redaktion**

Redaktionsteam siehe Seite 12

## **Layout**

schneider cid  
[www.schneider-cid.de.de](http://www.schneider-cid.de.de)

## **Druck**

Prototyp Print GmbH  
[www.prototypprint.de](http://www.prototypprint.de)

**Berlin, Dezember 2010**

