

DIE PATIENTENBEAUFTRAGTE FÜR BERLIN



Alt und krank – wer hilft?

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

Inhalt

Vorwort	4
1. Haus- und fachärztliche Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im eigenen Haushalt	6
2. Häusliche Krankenpflege – Sicherstellung ambulanter Pflege bei bisher unversorgten Patienten	14
3. Verordnung von Hilfsmitteln – während eines Krankenhausaufenthaltes	20
4. Krankentransport immobiler Patienten zu ambulanter Behandlung	24
5. Versorgungs- und Entlassungsmanagement	30
6. Versorgungs- und Entlassungsmanagement – Entlassung in die Rehabilitation	36
Rechtsgrundlagen	42
zu 1. Haus- und fachärztliche Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im eigenen Haushalt	42
zu 2. Häusliche Krankenpflege – Sicherstellung ambulanter Pflege bei bisher unversorgten Patienten	48
zu 3. Verordnung von Hilfsmitteln – während eines Krankenhausaufenthaltes	58
zu 4. Krankentransport immobiler Patienten zu ambulanter Behandlung	65
zu 5. Versorgungs- und Entlassungsmanagement	67
zu 6. Versorgungs- und Entlassungsmanagement – Entlassung in die Rehabilitation	72
Abkürzungsverzeichnis	U3
Impressum	U4



Karin Stötzner
Patientenbeauftragte für Berlin

Liebe BerlinerIn, lieber BerlinerIn,

Sie halten nun die aktualisierte und überarbeitete Broschüre „Alt und krank – wer hilft?“ in den Händen. In dieser Broschüre beschreiben wir Rechtsgrundlagen, Zuständigkeiten und Hilfewege, für die Menschen, die sich bei gesundheitlichen oder pflegerischen Problemen nicht mehr zu helfen wissen. Es geht um die Frage, wie eine bessere Abstimmung zwischen den medizinischen oder sozialen Diensten und den dort Handlungsverantwortlichen: Ärzte, Kliniken, Pflegedienste und Kassen auf den Weg gebracht werden kann.

Die Zahl der durchschnittlichen Krankenhaustage hat sich in den letzten Jahren deutlich verringert. Kurze Krankenhausaufenthalte bedeuten aber auch, dass Patientinnen und Patienten schneller nach Hause geschickt werden und dort gesund werden und sich um ihre Belange selber kümmern müssen. Der Gesetzgeber hat die Kliniken zwar zum verbindlichen Entlassungsmanagement verpflichtet – aber häufig funktioniert dies nicht. Patienten, ihre Familien und Freunde regeln Vieles alleine und schaf-

fen es ohne Hilfe von außen. Was aber ist mit denjenigen, die alleine, die älter und durch Krankheit eingeschränkt sind und möglicherweise nicht mehr mobil? Ältere Menschen können nach einer Operation meist weit weniger alleine bewältigen als jüngere. Krebspatienten brauchen nach einer Operation vielleicht keine unmittelbare Krankenhausbetreuung mehr, es fehlt ihnen aber die Kraft, sich alleine zur ambulanten Chemotherapie zu begeben oder ihren Haushalt zu versorgen. Was in solchen Notsituationen gegebenenfalls zu tun ist, ist Gegenstand dieser Broschüre.

Die erste Fassung stammt aus dem Jahre 2010 und war das Ergebnis der Arbeit einer Gruppe von Engagierten, die in der Versorgung von alten, pflegebedürftigen und kranken Menschen tätig sind, aus Seniorenvertretungen, Beschäftigte von Krankenkassen und der zuständigen Senatsverwaltungen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Schon damals zeigte sich, dass die Probleme bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten durch komplizierte Zuständigkeiten und rechtliche Rahmenbedingungen bedingt sind, die auch für Fachleute nicht immer leicht zu durchschauen sind.

Dass Patientinnen und Patienten jeden Tag die unterschiedlichsten Erfahrungen machen, die ein bezeichnendes Licht auf den Versorgungsalltag werfen und deswegen unsere Aufmerksamkeit verdienen, hat sich in dieser Zeit nicht verändert. Viele suchen Rat beim Büro der Patientenbeauftragten. Die Art der Beschwerden und die Dringlichkeit, mit der die Probleme vorgetragen werden, zeigen, dass Vieles an den Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung nach wie vor nicht optimal funktioniert.

Aber es hat sich auch Einiges zum Positiven geändert, seitdem die Problemlagen erstmals zusammengetragen und analysiert wurden. So ist beispielsweise die Praxisgebühr abgeschafft, bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ist eine Krankschreibung nun für bis zu sieben Tagen möglich. Für diesen Zeitraum können auch Medikamente und Verbandsmaterial mitgegeben werden. Es gibt Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die per Gesetz verpflichtet sind, innerhalb bestimmter Fristen notwendige Facharzttermine zu vermitteln.

Dennoch geht es nach wie vor um die Frage, wie eine bessere Abstimmung zwischen den medizinischen oder sozialen Diensten und den dort Handlungsverantwortlichen, wie Ärzten, Kliniken, Reha-Einrichtungen, Pflegediensten und Kas sen, auf den Weg gebracht werden kann – für diejenigen Patientinnen und Patienten, die es so dringend brauchen.

Hilfreich ist es, seine Rechte als Patient zu kennen, über Beratungs- und Unterstützungsangebote Bescheid zu wissen, um in schwierigen Situationen bestehen zu können. Die hier vorliegenden Anregungen orientieren sich eng an der Praxis und möchten Ihnen Entscheidungshilfen und Handlungsanregungen geben.

Karin Stötzner

Patientenbeauftragte für Berlin

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 ist bisher bei keiner Hausärztin bzw. keinem Hausarzt in Behandlung. 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 erkennbar.

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 eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu finden, die bzw. der zu einen Hausbesuch bereit ist, 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.

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf ärztliche Behandlung. Für gesetzlich Versicherten ist ihre Krankenkasse Vertragspartner und Ansprechpartner, bei der sie ihre Ansprüche geltend machen können.¹

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.²

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, nicht gegenüber dem individuellen Patienten.³

Hausbesuche gehören primär zum Berufsbild des Hausarztes.^{4,5}

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 durch den Facharzt 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.^{6,7}

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

Vergebliche Suche immobiler Patientin mit Versorgungsbedarf nach Ärztin / Arzt 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 die Tochter den Ärztlichen Bereitschaftsdienst an (Tel. **31 00 31**) und bittet um einen Hausbesuch.¹

Anforderung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

i Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist erst dann zuständig, wenn der behandelnde Arzt nicht erreichbar ist; also an Wochenenden, Feiertagen und außerhalb der Sprechzeiten.^{2,3}

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst der KV Berlin ist rund um die Uhr unter der Rufnummer **31 00 31** oder unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer **116 117** erreichbar.

i Bereitschaftsdienst und Notarzt sind nicht dasselbe! Handelt es sich um eine Erkrankung, mit der Sie normalerweise einen Arzt in der Praxis aufsuchen würden, ist der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig.

Bei lebensbedrohlichen Notfällen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder schweren Unfällen alarmieren Sie den Notarzt der Berliner Feuerwehr (Rettungsdienst)!

Notarzt der Berliner Feuerwehr (Rettungsdienst): **112**

Empfehlung des Bereitschaftsdienstes: Weiterbehandlung durch niedergelassenen Ärztin / Arzt

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.

1. Inhalt und Umfang der Sicherstellung nach § 75 SGB V

2. Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

3. Rechte und Pflichten der Mitglieder nach § 9 Abs. 7 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin)

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.

- i** 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 Psychotherapeutenuche **www.kvberlin.de**

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 als Begründung für die Terminablehnung häufig das Argument zu hören, dass das „Budget“ überschritten sei.


- i** Kassenärzte sind zu einem Mindestangebot an Sprechstunden für gesetzlich Versicherte verpflichtet (ca. 20 Stunden).
- i** 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 von Diagnose und Therapie zwischen Arzt und Patient
- i** 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.¹

1. Verordnung nach § 2 Abs. 2 Krankentransport-Richtlinien

Ein möglicher Ablauf

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


Finden Sie trotz allem keinen Arzt, der Sie als Patient aufnimmt, zögern Sie im Notfall nicht, die Rettungsstelle eines Krankenhauses aufzusuchen oder den Notarzt zu alarmieren!

 Budgetaspekte sind keine ausreichende Begründung, um ärztliche Leistungen zu verweigern.¹

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

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 Hausarztpraxen in der näheren Umgebung.²

 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.

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.³

Rechtsgrundlagen

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

2. Aufklärung, Beratung, Auskunft nach §§ 13, 14 und 15 Abs. 1 und 2 SGB I

* 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

3. Inhalt und Umfang der Sicherstellung nach § 75 Abs. 2 SGB V

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.

Verpflichtung der Hausärzte zum Hausbesuch

i 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 zu klären. Unter „Konsil“ versteht man eine patientenbezogene Beratung eines Arztes durch einen anderen ärztlichen Kollegen, meist einen Facharzt.^{1,2,3}

Ärztliche Leistungen der Kassen als Angebot im begrenztem Umfang

i Die Kassen sind verpflichtet, ihren Versicherten Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung anzubieten. Solche Verträge beinhalten meist eine verbindliche Zusage zu Versorgungsleistungen, Bereitschaftsdiensten und Hilfen in Notsituationen.⁴

Die Teilnahme an solchen Verträgen ist für Patienten freiwillig.

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.

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 nicht darum kümmert.

1. Anspruchsberechtigung und Arztwahl nach § 13 BMV-Ä

2. Sprechstunden und Besuche nach § 17 Abs. 6 BMV-Ä

3. Rechte und Pflichten der Vertragsärzte nach § 13 Abs. 10 EKV

4. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b Abs. 1 und 3 SGB V

Ein möglicher Ablauf

Rechtsgrundlagen

i Zur Gewährleistung der freien Arztwahl soll auf dem Überweisungsschein nicht der Name eines bestimmten Arztes eingetragen werden.¹

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.

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

i Die Suche nach einem Facharzt/einer Fachärztin nach Überweisung ist zunächst Sache der Patientinnen und Patienten. 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?

i Bei der Suche nach einem Facharzt können Sie sich außerdem von der **Terminservicestelle** unterstützen lassen. Voraussetzung hierfür ist eine von Ihrem Hausarzt ausgestellte Überweisung an einen Facharzt mit dem Vermerk „dringend“. Kann die Terminservicestelle Ihnen nicht gleich am Telefon einen Behandlungstermin vermitteln, erhalten Sie im Laufe einer Woche einen Rückruf. Ihnen wird ein Behandlungstermin bei einem Facharzt innerhalb der nächsten vier Wochen genannt. Wünsche nach einem bestimmten Facharzt oder einem bestimmten Termin können nicht berücksichtigt werden. Sollte Ihnen kein Termin vermittelt werden können, muss Ihnen ein ambulanter Behandlungstermin in einem Krankenhaus angeboten werden.²

2. Inhalt und Umfang der Sicherstellung nach § 75 Abs. 1a SGB V

§ 75 SGB V Abs. 1a – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte – Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen

Für eine Terminvermittlung bei einem Augenarzt oder Gynäkologen benötigen Sie keine Überweisung. Termine bei Psychotherapeuten, Hausärzten, Zahnärzten, Kieferorthopäden, Kinder- und Jugendärzten sind ausgenommen.

Sie erreichen die Terminservicestelle von Montag bis Freitag zwischen 9:00 und 15:00 Uhr unter der Rufnummer **31 003 383**.

Praxisschließung wegen Urlaub

Frau Lehmann ruft erneut in der Praxis ihrer Hausärztin an. Der Anrufbeantworter informiert über den Urlaub der Ärztin und ihres Teams und verweist auf die Vertretungsregelung.

i Bei Praxisschließungen muss ein Vertreter benannt werden. Ein Verweis auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Rettungsstellen ist nicht ausreichend!¹

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 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

2. Häusliche Krankenpflege – Sicherstellung ambulanter Pflege bei bisher unversorgten Patienten



AUSGANGSSITUATION

Eine Person ohne funktionierendes soziales Umfeld und ohne Pflegedienstanbindung 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 selbstständig 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 Verbandwechsel 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.

Versicherte haben für bis zu vier Wochen Anspruch auf häusliche Krankenpflege (HKP), wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Patienten können HKP ebenfalls aufgrund schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung verordnet bekommen, soweit keine Pflegebedürftigkeit vorliegt.¹ In diesen Fällen besteht zusätzlich auch ein Anspruch auf Haushaltshilfe für längstens vier Wochen bzw. 26 Wochen, wenn ein unter 12-jähriges oder behindertes Kind im Haushalt lebt.²

Reichen die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit von höchstens vier Wochen, soweit im Vorfeld keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.³

Der Anspruch auf diese Leistungen besteht nur, wenn der Patient allein lebt oder eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.^{1,2,3}

Für nicht versicherte sozialhilfeabhängige Personen gelten die Regelungen des Sozialhilferechts.⁴

Zur häuslichen Krankenpflege gehören die erforderliche

- **Behandlungspflege** (z. B. Medikamentenabgabe, Injektionen oder Verbandswechsel),
- 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 **für eine Dauer von maximal sieben Tagen** verordnen.⁵

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

1. Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V

2. Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

3. Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V

4. Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII

5. Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 7 SGB V

Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) § 7 Abs. 5

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

i Vor der Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege muss die Krankenkasse die Leistung bewilligen – Ausnahmen sind allerdings möglich.¹

Die Verordnung darf nicht rückwirkend ausgestellt werden.²

Zu Hause angekommen wird sie vom Pflegedienst versorgt.

Es zeigt sich, dass Pflegemaßnahmen über die bisher verordneten sieben 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.

Bereits in der zweiten Praxis kann Frau Schmidt als neue Patientin angemeldet und ein Termin vereinbart werden.

Da sie zurzeit 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.^{3,4}

Frau Schmidt informiert den Pflegedienst, der sie von nun an regelmäßig aufsucht und versorgt.

i Sie haben Anspruch auf häusliche Krankenpflege für maximal vier Wochen je Krankheitsfall; länger nur in begründeten Ausnahmefällen nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).⁵

i 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.⁶

1. Genehmigung von häuslicher Krankenpflege nach § 6 Abs. 1 Richtlinie des G-BA über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL)

2. § 3 Abs. 4 HKP-RL

3. Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V

4. Genehmigung von häuslicher Krankenpflege nach § 6 Abs. 1 HKP-RL

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

6. Zuzahlungen bei häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 5 SGB V

Leider verschlechtert sich der Gesundheitszustand. Nach drei Wochen zeigt sich, dass Frau Schmidt für 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.¹

i In besonderen Fällen können Leistungen zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe beantragt werden.²

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

i 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

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.³

Die Pflegekasse schickt ihren Gutachter, der die Pflegebedürftigkeit der Patientin prüft. Er stellt fest, dass Frau Schmidt Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse hat und teilt dies der Pflegekasse mit.^{4,5,6}

i Seit dem 1. Januar 2017 werden die bisherigen Pflegestufen durch Pflegegrade ersetzt. Berücksichtigt wird nun der Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen in den Bereichen

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen
- Selbstversorgung Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

1. Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36-38 SGB XI

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

3. Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

4. Leistungsvoraussetzungen nach § 33 SGB XI

5. Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI

6. Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI


Ein möglicher Ablauf

- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

zugrunde. So werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen.¹

Die Pflegekasse muss Ihnen unverzüglich – spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrages – die Entscheidung schriftlich mitteilen.²


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.³

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.

Der Hausarzt 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 zu klären. Unter „Konsil“ versteht man eine patientenbezogene Beratung eines Arztes durch einen anderen ärztlichen Kollegen, meist einen Facharzt.^{4,5}

Sollte sich Ihr behandelnder Arzt nicht in der Lage sehen, den Hausbesuch eines Facharztes bei Ihnen zu veranlassen, können Sie sich zur Vermittlung eines Facharzttermins an die Terminservicestellen wenden. Mehr Informationen hierzu finden Sie im Kapitel 1: „Haus- und fachärztliche Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im eigenen Haushalt“ auf Seite 6.

Rechtsgrundlagen

1. Begriff der Pflegebedürftigkeit und Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument nach § 14 ff. SGB XI

2. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XI


3. Rechtsbehelfe gegen Verwaltungsakte nach § 62 SGB X i.V.m. Vorverfahren/Widerspruch nach §§ 78-85 Sozialgerichtsgesetz (SGG)

4. Sprechstunden und Besuche nach § 17 Abs. 6 BMV-Ä

5. Rechte und Pflichten der Vertragsärzte; Sprechstunden, Besuche nach § 13 Abs. 10 EKV

(Diese Rechtsgrundlagen finden Sie im Anhang unter 1.)

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

 Informationen zum Transport zur ambulanten Behandlung finden Sie im Kapitel „Krankentransport immobiler Patienten“ auf Seite 24.

3. Verordnung von Hilfsmitteln – während eines Krankenhausaufenthaltes



AUSGANGSSITUATION

Eine Person benötigt zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung ein Hilfsmittel.

Die Zuständigkeiten sind unklar.

Das zur Verfügung gestellte 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 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 der Klinik beraten und stimmt der Versorgung zu. Die Sozialarbeiterin berät sie über den Ablauf der Versorgung und die Zuzahlungsmodalitäten.

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.^{1,2}

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständige Lebensführung ermöglichen.³


1. Leistungsarten 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

Der behandelnde Stationsarzt berät sich mit dem Physiotherapeuten und stellt den Hilfsmittelbedarf fest:

Die Patientin benötigt eine Fußheber-Orthese.

 Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln ist möglich, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder Gründen der Sicherheit notwendig ist (z. B. bei medizinischen Kompressionsstrümpfen ein zweites Paar zum Wechseln).

Der behandelnde Arzt stellt eine Verordnung aus.¹

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.

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.

1. Allgemeine Ordnungsgrundsätze nach § 6, Inhalt der Verordnung nach § 7 Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA

i 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.¹

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.²

i 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.

i Bei Lieferung des Hilfsmittel auf der 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?³

Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die Orthese nachgebessert werden muss und die Patientin noch einige Tage auf ihr Hilfsmittel 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.

i Pro Hilfsmittel sind 10 % des Gesamtbetrages, mind. 5,- € und höchstens 10,- € zuzuzahlen (bei Pflegehilfsmitteln höchstens 25,- €).⁴

Sind Sie von der Zuzahlung befreit, entfällt dies.⁵

1. Hilfsmittel nach § 33 Abs. 6 SGB V

2. Einzelproduktverordnung nach § 7 Abs. 3 Satz 3 f. Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA

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

4. Zuzahlungen zu Hilfsmitteln nach § 33 Abs. 8 SGB V bzw. Pflegehilfsmitteln § 40 Abs. 3 Satz 4 ff. SGB XI

5. Belastungsgrenze nach § 62 SGB V

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 entsprechen nicht dem Bedarf in besonderen Fällen.

FRAGESTELLUNG

Wer hat Anspruch auf einen Krankentransport?

Wie sind die Abläufe bei der Beantragung?

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.

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.¹

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 Strahlentherapie und zur Chemo- bzw. Arzneimitteltherapie. Voraussetzung ist

- Pflegegrad 3, 4 oder 5 (Gilt auch für Versicherte, die bis zum 31.12.2016 in Pflegestufe II eingestuft waren.)
- oder Merkzeichen aG, H oder Bl
- oder eine vergleichbare 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.²

1. Fahrtkosten nach § 60 Abs. 1 SGB V

2. Ausnahmefälle für Krankenfahrten nach § 8 Krankentransport-Richtlinien des G-BA

i Ist der Patient bisher nicht in haus- oder fachärztlicher Behandlung, beachten Sie bitte die Hinweise auf Seite 6 zu „Haus- und fachärztliche Versorgung“.

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).¹

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.

i Oft werden von Kassen in erster Instanz Leistungen abgelehnt. Gehen Sie in Widerspruch und fordern Sie eine erneute Prüfung. Lassen Sie sich von Ihrem Arzt unterstützen.

Herr Meier geht in Widerspruch und verweist auf seine körperlichen Einschränkungen. Sein Hausarzt unterstützt ihn mit einem Attest, dass den Anspruch nachvollziehbar begründet.

Nach erneuter Prüfung gibt die Krankenkasse dem Widerspruch statt und übernimmt die Kosten für den Transport.

i 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.

1. Besuche nach § 17 Abs. 6 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 13 Abs. 14 Arzt- / Ersatzkassenvertrag (EKV)

i Für die Ausstellung der Transportscheine bei weiteren Terminen im gleichen Quartal ist der entsprechende Facharzt zuständig. Auch Zahnärzte dürfen dies.

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.¹

i Nur in Ausnahmefällen – insbesondere in 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, falls er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.²

i Die Pflegekasse kann die Fahrkosten zur Einrichtung übernehmen, wenn der Pflegebedürftige teilstationäre Pflege erhält.³

i Alternativ gibt es das Angebot der Mobilitätshilfendienste. Gegen ein geringes Entgelt wird älteren Menschen Begleitung angeboten.

- bei Besuchen von Freunden und Angehörigen
- bei kulturellen Veranstaltungen
- beim Einkauf
- beim Spaziergang
- bei Terminen aller Art

Die konkreten Kosten und die Ansprechpartner in den Berliner Bezirken finden Sie unter:

www.berliner-mobilitaetshilfendienste.de

Telefonische Auskünfte erhalten Sie unter der Behördennummer 115.

1. Fahrtkosten nach § 60 Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. Zuzahlungen nach § 61 Satz 1 SGB V

2. Verordnung nach § 2 Abs. 2 Krankentransportrichtlinien des G-BA

3. Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 Abs. 1 Satz 2 SGB XI

Übersicht zur Übernahme von Transportkosten für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten

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

Leistung	möglich	Voraussetzungen	Verordnung	Bemerkungen
Fahrten zum Krankenhaus und bei der Entlassung aus dem Krankenhaus	ja	wenn die Notwendigkeit des Transportes durch den Krankenhausarzt als medizinisch notwendig angesehen wird	ja	<u>keine</u> vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich
Fahrten zur ambulanten Behandlung	ja	bei Fahrten zur onkologischen Strahlentherapie, parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie / parenterale onkologische Chemotherapie bzw. Dialysebehandlung	ja	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 Pflegegrad 3 (nur bei dauerhafter Mobilitätseinschränkung), 4 oder 5*	ja	vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich
Fahrten zur ambulanten Behandlung	nein	Ausnahmen bei vergleichbaren Fällen möglich: z. B. bei schwerer, ansteckender Krankheit oder bei Notwendigkeit von medizinisch-fachlicher Betreuung	ja	vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich; hilfreich ist eine ausführliche Begründung der Notwendigkeit des Transportes durch den Arzt
Fahrten zur vor / nachstationären Behandlung bzw. zur ambulanten Operation		wenn eine aus medizinischen Gründen gebotene (teil-)stationäre Krankenhausbehandlung aus besonderen (z. B. patientenindividuellen) Gründen ambulant durchgeführt wird		vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich; hilfreich ist eine ausführliche Begründung der Notwendigkeit des Transportes durch den Arzt
Fahrten zur Abstimmung von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen	nein	-	nein	

* Für Versicherte, die bis zum 31.12.2016 in Pflegestufe II eingestuft waren, gilt Bestandsschutz.

Leistung	möglich	Voraussetzungen	Verordnung	Bemerkungen
Fahrten zur ambulanten bzw. stationären Rehabilitation	ja	als Bestandteil der Rehabilitationsmaßnahme und bei medizinischer Erfordernis	nein	Genehmigung der Rehabilitationsmaßnahme durch Kostenträger (z. B. Krankenversicherung, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) erforderlich

5. Versorgungs- und Entlassungsmanagement



AUSGANGSSITUATION

Eine Person mit akutem pflegerischen 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

Die 85-jährige Frau Müller 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 Sozial-

dienst nicht eingeschaltet wurde. Der Stationsarzt beauftragt daraufhin den Sozialdienst mit der Klärung der häuslichen Versorgung und der Organisation der Sauerstoffversorgung nach der Entlassung. 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 der Klinik 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 dazu noch die ärztliche Begründung.

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.^{1,2,3}

1. Leistungsarten nach § 11 Abs. 4 SGB V
2. Patientenversorgung nach § 21 Abs. 4 Landeskrankenhausgesetz (LKG)
3. Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V

Frau Müller wird in das Krankenhaus eingewiesen bzw. dort aufgenommen. Bei der Aufnahme wird sie über die weitere Behandlung aufgeklärt; ihr Einverständnis für Behandlung und Entlassmanagement wird eingeholt.

i Bei Vorliegen einer Betreuung für den Bereich Gesundheitsorge bzw. Aufenthaltsbestimmung wird das Einverständnis des Betreuers bzw. Bevollmächtigten eingeholt (Ausnahme: lebensbedrohliche Situationen). Die Angehörigen werden bei **Zustimmung der Patientin** ebenfalls zeitnah über die Aufnahme, ggf. auch über die weitere Behandlung informiert

Es wird festgehalten, ob eine Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder eine gesetzliche Betreuung für Frau Müller besteht. Eine Kopie kommt in die Patientenakte.^{1,2}

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

24 Stunden nach Aufnahme der Patientin 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 und die Prüfung der Notwendigkeit von Wohnraumanpassungen. Dabei ist zu erfragen, ob bereits Nachversorger bekannt sind.

Grundsätzlich gilt: **Rehabilitation vor Pflege.**³

i Fragen Sie bereits jetzt nach, zu welchem Zeitpunkt mit der Entlassung gerechnet werden kann.
Wer ist für Sie Ansprechpartner für das so genannte Entlassmanagement (Sozialarbeiter, Überleitungsschwester)?

i Viele Kliniken arbeiten eng mit Kooperationspartnern zusammen, um eine optimale Weiterversorgung der Patienten zu gewährleisten. Fragen Sie danach! Unabhängig davon haben Sie die freie Wahl bei der Entscheidung für einen Anbieter.⁴

1. Aufnahme in Krankenhäusern, Krankengeschichten, Zusammenarbeit nach § 21 Abs. 1-3 LKG

2. Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V

3. Vorrang der Rehabilitation vor Pflege nach § 31 SGB XI

4. u. a.
– Besondere Versorgung nach § 140a SGB V; Dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten nach § 115 SGB V;

– Ambulante spezialfachärztliche Behandlung nach § 116b SGB V

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

- i** 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.

Der Pflegedienst wird über den Entlassungstermin informiert und es wird ein Krankentransport organisiert.

Der Verantwortliche führt einen Entlassungsscheck am Tag vor der Entlassung durch. Frau Müller wird entlassen. Für die weitere Versorgung werden ihr Medikamente in der kleinsten Packungsgröße mitgegeben.

- i** 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.

- i** Sorgen Sie rechtzeitig für einen Termin mit Ihrem weiterbehandelnden Arzt, um lückenlos weiterbehandelt zu werden und Verordnungen (z. B. Medikamente, Verbandsmaterial, Pflege, Therapie) sowie ggf. eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu erhalten.

Ihr Krankenhausarzt kann im Rahmen des Entlassungsmanagements für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen nach der Entlassung Ihre Arbeitsunfähigkeit attestieren und Ihnen benötigte Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Arzneimittel in der jeweils kleinsten Packungsgröße verordnen. Eine Verordnung von häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt ist für bis zu sieben Tage möglich. Voraussetzung ist, dass keine andere Person im Haushalt in der Lage ist, die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen.^{1,2,3}

1. Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V

2. Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, Zusammenarbeit mit Pflegediensten / Krankenhäusern nach § 7 Abs. 5

3. Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V

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

i Achten Sie darauf, dass Ihnen Ihre Entlassungsunterlagen vollständig ausgehändigt werden. Dazu gehören der (vorläufige) Arztbrief, ggf. die Liegebescheinigung, der Überleitungsbogen, ggf. die Wunddokumentation und die Transportbescheinigung. Im Arztbrief sollten auch Empfehlungen zu einer therapeutischen 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 Kostenvoranschlag zusammengefasst und in einem Vertrag formuliert. Dieser wird von Frau Müller bzw. deren Bevollmächtigtem und dem Pflegedienst unterzeichnet. Ein Exemplar verbleibt bei der Patientin.

i 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 sogenannte Pflegedokumentation verbleibt in der Häuslichkeit. Darin werden alle Leistungen des Pflegedienstes aufgezeichnet. Sie dient zur Qualitätskontrolle.

Die Patientin wird versorgt.

* Die Adressen der Pflegestützpunkte in Berlin erhalten Sie unter der kostenlosen Service-Nummer:
0800 59 500 59

sowie im Internet auf der Seite:
www.pflegestuetzpunkteberlin.de

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?

Wie komme ich in meine Wunschlinik?

Was ist zu regeln?

FALLBEISPIEL AUS DER PRAXIS

Herr Schneider, 76 Jahre alt, wird mit dem Verdacht auf einen Schlaganfall in der Rettungsstelle eines Krankenhauses aufgenommen. Er zeigt eine ausgeprägte Halbseitenlähmung. Auch das Gesicht zeigt Lähmungserscheinungen; es fällt ihm schwer zu sprechen und zu schlucken. Obwohl dieses Krankenhaus keine neurologischen Behandlungsmöglichkeiten vorweisen kann, wird der Patient auf der internistischen Station aufgenommen. Die durchgeführte Diagnostik bestätigt

schnell die Verdachtsdiagnose. Zwar wird Herr Schneider therapiert, aber die bei einem akuten Schlaganfall notwendigen und wichtigen Therapieverfahren wie ergo- und logopädische Behandlungen werden nicht angeboten. Physiotherapeutische Maßnahmen erhält er nur in sehr reduziertem Maße.

Die zuständige Sozialarbeiterin, Frau Hoffmann, wird vom Stationsarzt am fünften Tag nach Aufnahme einbezogen. Sie stellt am nächsten Tag einen Antrag auf eine 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 Stationsarzt Dr. Biese auf die Entlassung des Patienten: „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 des Patienten möglich ist.

Nach tagelanger Auseinandersetzung sowohl mit der Krankenkasse als auch mit dem Stationsarzt kann die Sozialarbeiterin Frau Hoffmann die Entlassung von Herrn Schneider in eine geeignete Rehabilitationsklinik für die Frühreha-Phase B organisieren.

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.^{1,2}

Die Grundsätze **„Rehabilitation vor Rente“**, **„Rehabilitation vor Pflege“** und **„ambulant vor stationär“** sind umzusetzen.³

Bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und deren Ausführung sind die Wünsche der Versicherten zu berücksichtigen.⁴

1. Leistungsarten nach § 11 Abs. 4 SGB V
2. Patientenversorgung nach § 21 Abs. 4 Landeskrankenhausgesetz (LKG)
3. Gesetzliche Grundlagen nach § 2 Abs. 1 Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des G-BA (Rehabilitations-Richtlinie)
4. Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 9 Abs. 1 SGB IX

Die Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes vor der Entlassung finden Sie ausführlich im Kapitel 6 ab Seite 36: Versorgungs- und Entlassungsmanagement – Entlassung in die häusliche Pflege.

Das Behandlungsteam im Krankenhaus prüft, welche Rehabilitationsmaßnahme für Herrn Schneider möglich und erforderlich ist. Voraussetzung ist, dass ein Bedarf besteht, der Patient rehabilitationsfähig ist und dass durch die Rehabilitation eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Teilhabe zu erwarten ist.¹

i 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.**²

Lebt der Patient allein, hat er keine Angehörigen und kann seine häusliche Versorgung nicht sichergestellt werden, so kommt eine stationäre Rehabilitation in Frage. Dies gilt auch, wenn ihm das Treppensteigen nicht mehr möglich ist und er 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 des Patienten oder die Rentenversicherung; weitere Zuständige können z. B. die Beihilfe, die Unfallversicherung oder das Sozialamt sein.

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V

2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 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 und für den langfristigen Erfolg maßgebend ist.

Der Sozialdienst des Krankenhauses berät Herrn Schneider zu den verschiedenen Möglichkeiten und beantragt gemeinsam mit ihm 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.

i Sollte der Kostenträger die geplante Rehabilitationsmaßnahme ablehnen oder lediglich abweichende Maßnahmen genehmigen, 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 in diesem Verfahren.¹

i Bei **ambulanten Maßnahmen** kommen auf Sie neben 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.

i 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. Herr Schneider erhält vom Kostenträger eine Bewilligung (inkl. Termin und Informationen zur Anreise einschließlich Kostenübernahme), ggf. auch eine Ablehnung.

i 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 Herr Schneider ein Einladungsschreiben der Rehabilitationsklinik mit weiteren Informationen zur Anreise, Aufnahme von Begleitpersonen usw.

Zusätzlich informiert der Sozialdienst ihn über die konkrete Vereinbarung / Bewilligung zur Anreise.

Die Rehabilitationsmaßnahme wird nun angetreten.

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

- Der Patient reist mit dem eigenen PKW an. Diese Option ist mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.
- Der Patient wird von Mitarbeitern der Reha-Klinik abgeholt.
- Der Patient 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.

i 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.

Herr Schneider wird nach der Rehabilitation in die Häuslichkeit bzw. ambulante Weiterversorgung entlassen.
Informationen zur Pflege in der Häuslichkeit finden Sie im Kapitel 5 ab Seite 30.

8. Rechtsgrundlagen zu

1. Haus- und fachärztliche Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im eigenen Haushalt

§ 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 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkassen.

§ 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 Soziotherapie,
13. Zweitmeinung nach § 27b,
14. Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b.

Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, 8, 10, 11 und 14 gilt nicht für Psychotherapeuten; Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht. Satz 1 Nummer 5 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation. Satz 1 Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung. Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesaus-

schluss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 8 und 12.

§ 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.

§ 75 SGB V Abs. 1, 1a und 2 – 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. 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.

(1a) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 23. Januar 2016 Terminservicestellen einzurichten; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den

Ersatzkassen betrieben werden. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; die Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend. Satz 6 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatelkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz 7 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind bis zum 23. Oktober 2015 insbesondere Regelungen zu treffen

Rechtsgrundlagen zu

1. Haus- und fachärztliche Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im eigenen Haushalt

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,
2. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 5, differenziert nach Arztgruppen,
3. über das Nähere zu den Fällen nach Satz 7,
4. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2. (...)

(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.

§ 2 Abs. 3 Anlage 5 BMV-Ä – Hausärztliche Versorgungsfunktionen

(3) Die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind auch verpflichtet, folgende besonderen hausärztlichen Versorgungsfunktionen kontinuierlich zu erfüllen:

1. Den Patienten ärztlich zu betreuen; dazu gehört auch:
 - die hausärztliche Präsenz mit Dienstbereitschaft für erkrankte eigene Pati-

enten auch in den sprechstundenfreien Zeiten – ggf. in Kooperation mit anderen hausärztlich tätigen Praxen;

- die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände und des sozialen Umfeldes des Patienten;
- die regelmäßige Hausbesuchstätigkeit zur Behandlung bettlägeriger, gebrechlicher und pflegebedürftiger Patienten;
- die Notfallversorgung, einschließlich der Einbindung in den organisierten ärztlichen Notfalldienst.

2. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Behandlungsfall zu veranlassen und durchzuführen sowie pflegerische Maßnahmen zu koordinieren; dazu gehört insbesondere:

- das Einbeziehen ärztlichen Sachverständigen anderer Fachgebiete
- die Integration komplementärer Heilberufe und flankierender Dienste (insbesondere der häuslichen Pflege) in die Behandlungsmaßnahmen;
- die kritische Bewertung der Lebensführung des Patienten in gesundheitlicher Hinsicht, auch unter Berücksichtigung der Selbstmedikation.

3. Präventive Maßnahmen ebenso wie rehabilitative Maßnahmen ärztlich anzuraten, sie einzuleiten und gegebenenfalls durchzuführen; dazu gehört insbesondere:

- die Gesundheitsförderung und die Krankheitsverhütung, einschließlich individueller Hilfen zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen;
- Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung unter Beachtung der hierzu geltenden Richtlinien;
- das frühzeitige Erfassen von Hinweisen auf drohende Behinderungen;
- das Aufzeigen von Strategien zur Krankheitsbewältigung;
- die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen.

4. Die Patientendaten aus der ambulanten und stationären Versorgung zu dokumentieren und weiterbehandelnden Vertragsärzten sowie Krankenhausärzten im Rahmen der berufsrechtlichen Bestimmungen zu übermitteln; dazu gehört insbesondere:

- die Dokumentation der notwendigen Behandlungsdaten aus der eigenen Untersuchung oder Behandlung des Versicherten;
- zum Zweck der Dokumentation die Erhebung der wesentlichen Behandlungsdaten und Befunde über den Versicherten bei den Vertragsärzten, welche den Versicherten weiterbehandeln, sofern dieser mit der Übermittlung an den dokumentierenden Arzt einverstanden ist;
- die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung dieser und weiterer

Daten aus der ambulanten und stationären Versorgung.

§ 17 Abs. 4, 6 und 7 BMV-Ä – Sprechstunden, Besuche

(4) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Vertragsarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.

(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 Versicherten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

(7) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Besuchsbehandlung

nur haben, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

§ 76 SGB V Abs. 1-3 – Freie Arztwahl

(1) Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1 richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Die Zahl der Eigeneinrichtungen darf auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 140 Abs. 2 Satz 1 erfüllt sind.

(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 6 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die

nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Inanspruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(3) Die Versicherten sollen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Der Versicherte wählt einen Hausarzt. Der Arzt hat den Versicherten vorab über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung (§ 73) zu unterrichten; eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hat er auf seinem Praxisschild anzugeben. (...)

§ 13 Abs. 3 BMV-Ä – Anspruchsberechtigung und Arztwahl

(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

Rechtsgrundlagen zu

1. Haus- und fachärztliche Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im eigenen Haushalt

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.

§ 9 Abs. 7 Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin – Rechte und Pflichten der Mitglieder

(7) Die Mitglieder sind nach Maßgabe ihres Zulassungsstatus zur Teilnahme an der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Sie haben entsprechend den Bestimmungen der Bundesmantelverträge und der Gesamtverträge Sprechstunden abzuhalten und können sich unter den in § 32 Ärzte-ZV genannten Voraussetzungen vertreten lassen. Die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst richtet sich nach der von der Vertreterversammlung beschlossenen Bereitschaftsdienstordnung (§ 81 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 SGB V).

§ 13 EKV Abs. 10 – Rechte und Pflichten der Vertragsärzte

(10) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Haus-

arztes 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.

§ 2 Abs. 2 Krankentransport-Richtlinien – Verordnung

(2) Der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt 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.

§ 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 Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist.

§ 73b SGB V Abs. 1 und 3 – Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versor-

gung) anzubieten.
(...)

(3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten 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. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung 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 Bin-

dung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung zu enthalten; die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

§ 24 Abs. 5 BMV-Ä – Überweisungen

(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.

§ 27 Abs. 5 EKV – Überweisungen

(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.

§ 32 Abs. 1 – Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (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 zwölf Monaten vertreten lassen. 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.

Um die Pflege weiterzuentwickeln und die Unterstützung für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte auszuweiten, hat die Bundesregierung zum 1. Januar 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eingeführt. Mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) am 1. Januar 2016 wurde zudem die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung gesetzlich verankert. Ab Januar 2017 gelten daher neue Vorgaben, die hier nicht vollständig abgebildet werden.

§ 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 Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versor-

gung. 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.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(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 Hilfe-

bedarf 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.

(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(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.

§ 38 SGB V – Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, daß im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Darüber hinaus erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen.

(2) Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 bis 4 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

§ 39c SGB V – Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2018 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Einführung eines Anspruchs auf Leistungen nach dieser Vorschrift wiedergegeben werden.

§ 48 SGB XII Hilfe bei Krankheit

Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten

oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches erbracht. Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 des Fünften Buches gehen den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor.

§ 39 Abs. 1a S.7 SGB V – Krankenhausbehandlung

Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen.

§ 7 Abs. 5 HKP-RL – Zusammenarbeit mit Pflegediensten / Krankenhäusern

(5) Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforder-

lich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt) im Rahmen des Entlassmanagements wie Häusliche Krankenpflege-Richtlinie Stand: 17. Dezember 2015 eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.

Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigte Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass das Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung ermöglicht wird. 3§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt.

Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

§ 6 Abs. 1 HKP-RL – Genehmigung von häuslicher Krankenpflege

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

§ 3 Abs. 4 HKP-RL – Verordnung der häuslichen Krankenpflege

(4) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Stempel und Datumsangabe. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig; Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

§ 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. (...)

§ 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. (...)

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

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleis-

tung 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. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

§ 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 Einkaufens, Kochens, Reinigens der Wohnung, Spülen, Wechselns und Waschens 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 oder einer Vor- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 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 Geld-

betrag 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 Pflegekraft 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 Sachleistun-

gen 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.

§ 7a SGB XI Abs. 1 und 2 – Pflegeberatung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte

Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,

2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 3 Nummer 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versor-

gungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. Ein

Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.

§ 33 SGB XI – Leistungsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvor-

schriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welcher Pflegestufe der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.

(2) Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war. Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(3) Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.

§ 14 SGB XI – Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von

mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und auto-aggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harn-

inkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 142 SGB XI – Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

(1) Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde.

(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem

1. Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichen Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn bei besonders dringlichem Entscheidungsbedarf gemäß Absatz 2 innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

§ 18 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XI – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

§ 11 Abs. 4 SGB V – Leistungsarten

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. 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 mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach § 140a nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

§ 33 SGB V – Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versi-

cherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

(2) Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.

(3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 2 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtli-

nien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

(4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 2 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

(5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, dass die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Kran-

kenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43c Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei

zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 € für den gesamten Monatsbedarf.

(9) Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen.

§ 3 Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) – Versorgungsanspruch

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

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden,
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden,

Rechtsgrundlagen zu

3. Verordnung von Hilfsmitteln – während eines Krankenhausaufenthaltes

soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung nach § 34 Absatz 4 SGB V ausgeschlossen sind. Bei der Verordnung von Hilfsmitteln sind die in § 26 Absatz 1 SGB IX genannten Rehabilitationsziele zu beachten, soweit eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

(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 der gesetzlichen Unfallversicherung oder
- Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz

handelt.

[§ 6 HilfsM-RL – Allgemeine Verordnungsgrundsätze](#)

(1) Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte treffen die Verordnung von Hilfsmitteln nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und diese Richtlinie bestimmten Rahmens, um den

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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte stellen sicher, dass für sie tätig werdende Ärztinnen und Ärzte diese Richtlinie kennen und beachten.

(2) Die Verordnung von Hilfsmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die behandelnde Vertragsärztin oder der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihr oder 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 die Versicherte oder den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel (§ 3 Absatz 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 Vertragsärztinnen und 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) Zwischen mehreren gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfs-

mitteln haben die Versicherten die Wahl. Wünschen der Versicherten soll bei der Verordnung und Auswahl der Hilfsmittel entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

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

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

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

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

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

§ 7 HilfsM-RL – Inhalt der Verordnung

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

mung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten,

angeben. Ggf. sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

(3) Bei der Verordnung eines Hilfsmittels, das im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, 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 abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit der oder dem Versicherten ausgewählt. Hält es die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihr oder ihm freigestellt, in diesen Fällen unter Verwendung der 10-stelligen Positionsnummer eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. Eine entsprechende Begründung ist erforderlich. Satz 4 gilt für die Verordnung von Hilfsmitteln, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, entsprechend.

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

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

§ 9 HilfsM-RL – Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln

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

§ 40 Abs. 1 und 3 SGB XI – Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenkasse oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflege-

hilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, dass die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 € je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht

haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

§ 62 SGB V – Belastungsgrenze

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der

Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Für Versicherte nach Satz 3, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse kann auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die

Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für

Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegspferfürsorge getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1 des Zweiten Buches maßgeblich. Bei Ehegatten und Lebenspartnern ist ein

gemeinsamer Haushalt im Sinne des Satzes 1 auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen wurde, in der Leistungen gemäß § 43 oder § 43a des Elften Buches erbracht werden.
(...)

Rechtsgrundlagen zu

4. Krankentransport immobiler Patienten zu ambulanter Behandlung

§ 60 Abs. 1 und 2 Satz 3 – 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 in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 festgelegt hat. Die Übernahme von Fahrkosten nach Satz 3 und nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für Fahrten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse.

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

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) (...)

§ 8 Krankentransport-Richtlinie – Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

(1) In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Absatz 2 Buchstaben b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit verordnet werden. Die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer Geriatrischen Institutsambulanz nach § 118a SGB V ist einer ambulanten Behandlung im Sinne des Satzes 1 gleichzusetzen. Die Verordnungen 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 Richtlinie 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 den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind. Die Krankenkassen genehmigen verordnete 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.

Anlage II Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie

Ausnahmefälle gemäß § 8 Absatz 2 sind in der Regel:

- Dialysebehandlung
- onkologische Strahlentherapie
- parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie / parenterale onkologische Chemotherapie

[§ 2 Krankentransport-Richtlinie – Verordnung](#)

(2) Der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt 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

[§ 61 SGB V Zuzahlungen](#)

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 € erhoben. Bei

Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 € je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

[§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB XI – Tagespflege und Nachtpflege](#)

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

Rechtsgrundlagen zu

5. Versorgungs- und Entlassungsmanagement

§ 11 Abs. 4 SGB V – Leistungsarten

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. 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 mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach § 140a nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

§ 21 LKG – Aufnahme in Krankenhäusern, Krankengeschichten, Zusammenarbeit,

Versorgungsmanagement, Benachrichtigung von Angehörigen

(1) Krankenhäuser sind im Rahmen ihres Versorgungsauftrages verpflichtet, jede Patientin und jeden Patienten aufzunehmen, die oder der stationäre Leistungen benötigt.

(2) In Krankenhäusern führen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die verantwortlichen Pflegekräfte über jede Patientin und jeden Patienten für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes eine Krankengeschichte und eine Pflegedokumentation. Auf Wunsch ist der Patientin oder dem Patienten Einsicht in die sie oder ihn betreffenden Krankenunterlagen zu gewähren, soweit schützenswerte Interessen der Patientin oder des Patienten oder Dritter nicht entgegenstehen.

(3) Die an der Krankenhausbehandlung Beteiligten arbeiten im Interesse einer leistungsgerechten Gesundheitsversorgung mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie mit stationären und ambulanten Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens eng

zusammen und stellen sich gegenseitig alle notwendigen Unterlagen unter Beachtung gesetzlicher Vorgaben zur Verfügung.

(4) Krankenhäuser gewährleisten ein Versorgungsmanagement, das die nahtlose Versorgung im Anschluss an eine stationäre Behandlung sicherstellt. Dazu gehört, die Patientinnen und Patienten rechtzeitig vor Beendigung der stationären Versorgung über Angebote im gesundheits- und sozialpflegerischen Bereich zu informieren.

(5) Ist eine Patientin oder ein Patient auf Grund des Gesundheitszustandes außerstande, die Angehörigen über die Aufnahme in das Krankenhaus oder die bevorstehende Entlassung aus dem Krankenhaus zu informieren, so benachrichtigt das Krankenhaus unverzüglich eine angehörige Person. Stirbt eine Patientin oder ein Patient, so benachrichtigt das Krankenhaus unverzüglich eine angehörige Person oder, sofern eine solche nicht bekannt ist, das Bezirksamt des Sterbeortes.

§ 31 SGB XI – Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

(1) Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflege-

Rechtsgrundlagen zu 5. Versorgungs- und Entlassungsmanagement

bedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Werden Leistungen nach diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit zu prüfen.

(2) Die Pflegekassen haben bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

(3) Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Die Pflegekasse ist über

die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 zu erbringen.

[§ 115 Abs. 1 und 2 SGB V – Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten](#)

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),
2. die gegenseitige Unterrichtung über

die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,

3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes; darüber hinaus können auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbart werden,
4. die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch; in den Verträgen können von § 115a Abs. 2 Satz 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbart werden,
5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
6. ergänzende Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a. Sie sind für die Krankenkassen, die Vertragsärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(...)

§ 116b Abs. 1 SGB V – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

(1) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie

- a) onkologische Erkrankungen,
- b) rheumatologische Erkrankungen,
- c) HIV/AIDS,
- d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 – 4),
- e) Multiple Sklerose,
- f) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie),
- g) komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
- h) Folgeschäden bei Frühgeborenen oder
- i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;

bei Erkrankungen nach den Buchstaben c bis i umfasst die ambulante spe-

zialfachärztliche Versorgung nur schwere Verlaufsformen der jeweiligen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen;

2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie

- a) Tuberkulose,
- b) Mukoviszidose,
- c) Hämophilie,
- d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
- e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
- f) biliäre Zirrhose,
- g) primär sklerosierende Cholangitis,
- h) Morbus Wilson,
- i) Transsexualismus,
- j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
- k) Marfan-Syndrom,
- l) pulmonale Hypertonie,
- m) Kurzdarmsyndrom oder
- n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern sowie

3. hochspezialisierte Leistungen wie

- a) CT / MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
- b) Brachytherapie.

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. (...)

§ 140a SGB V – Besondere Versorgung

(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. (...)

Rechtsgrundlagen zu

5. Versorgungs- und Entlassungsmanagement

(3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:

1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,
5. pharmazeutischen Unternehmern,
6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,
7. Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen.

Die Partner eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder

Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.

(4) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeklärungen. Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeklärungen zu enthalten. Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

(5) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen per-

sonenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen. (...)

[§ 39 Abs. 1a SGB V – Krankenhausbehandlung](#)

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit

dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen

auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.

§ 7 Abs. 5 Satz 1 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie – Zusammenarbeit mit Pflegediensten / Krankenhäusern

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

Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V

§ 4 Abs. 3 - Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V

(3) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten

notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung sowie von Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind insbesondere auch die Vorschriften des § 115c SGB V und Verträge nach §§ 130a Abs. 8, 130b und 130c SGB V zu beachten. Bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gelten die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 84 SGB V entsprechend.

§ 5 Abs. 1 - Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

(1) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Krankenhausarzt erfolgen.

§ 2 Abs. 1 Rehabilitations-Richtlinie – Gesetzliche Grundlagen

(1) Die Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB IX. Den Grundsätzen „Rehabilitation vor Rente“, „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ ist Rechnung zu tragen.

§ 9 Abs. 1 SGB IX – Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

(1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder wird Rechnung getragen.

§ 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 § 111c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. 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 Absatz 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 des Neunten Buches angemessen sind. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und

Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. § 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind.

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. 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 3072 € 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 1 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 Anschlussrehabili-

tation 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 einzu beziehen.

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
HilfsM-RL	Hilfsmittel-Richtlinie
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
LKG	Landeskrankenhausgesetz
Reha	Rehabilitation
RL	Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch

Fotos:
© Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
– Patientenbeauftragte für Berlin –
weitere S. U1. 6. 14. 20, 24, 30, 36 © Fotolia.com

Gestaltung: Königsdruck

Impressum

Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung



Herausgeber

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Patientenbeauftragte für Berlin
Oranienstraße 106
10969 Berlin

www.berlin.de/lb/patienten

Berlin, Dezember 2018
3. überarbeitete Auflage