

# Behandlungspflege

---

2. ALTENPFLEGEKONGRESS

MÜNSTER, 15.05.2019

RECHTSANWALT PROF. RONALD RICHTER

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

1

## Gliederung

---



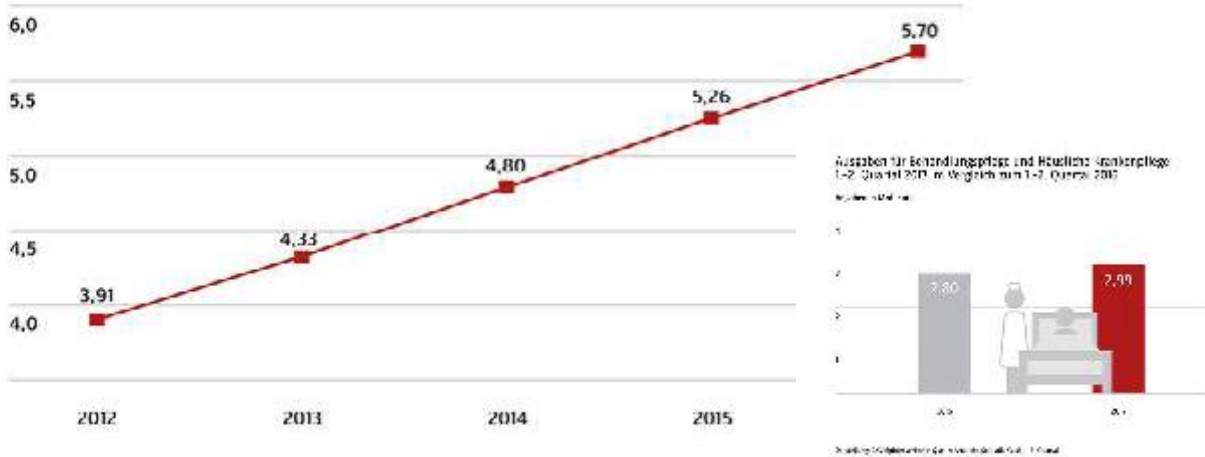
- **Finanzierung der häuslichen Krankenpflege**
- *Warm-up*
- Grundstrukturen Leistungsrecht
- Konkretisierung: Der G-BA
- Wie kommt der Pflegedienst in´s Spiel?
- Die negative Tatbestandsvoraussetzung
- SGB V und SGB XI
- weitere Ansprüche

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

2

### Ausgaben für Behandlungspflege und Häusliche Krankenpflege

Angaben in Mrd. Euro



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik I |

## Ausgabenanstieg – SGB V: 2012 - 2016

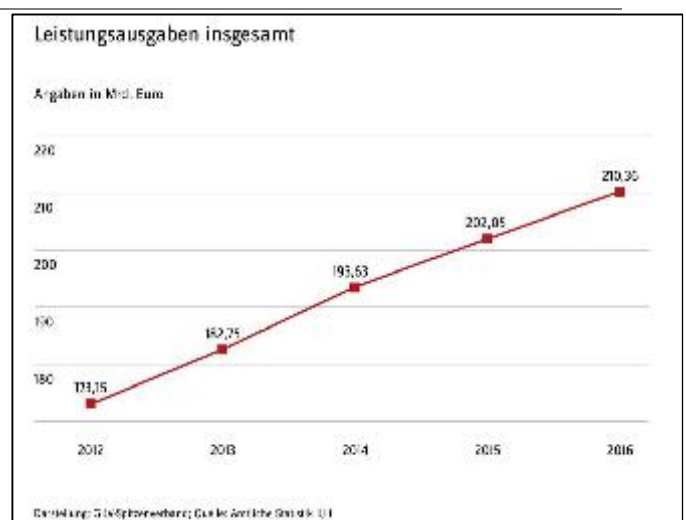
Alle Ausgaben = **21,5 %**,

Ärzte = 27 %,

Krankenhäuser = 17 %

HKP = **46 %**:

im Kern verursacht durch Häusliche Intensivpflege



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik I |

## In einem nicht so fernen Land:

Die behandelnde Ärztin hat eine Jahresverordnung (1.1. – 31.12.2019) ausgestellt, da medizinisch feststeht, dass die Verrichtung das ganze Jahr zur Sicherung der Therapie benötigt wird.

Die Jahresverordnung dient der wirtschaftlichen Behandlung der Versicherten (Zuzahlung) und dem Abbau von Verwaltungskosten bei Ärzten, Pflegediensten und Krankenkassen.

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

8

Dauerthema:  
Ist diese  
Befristung  
zulässig?



### Widerspruch Häusliche Krankenpflege Unser Versicherter Hermann

Sehr geehrter Herr Richter,

vielen Dank für Ihre erneute E-Mail vom 21. November 2017.

Voraussetzung für die Verordnung von behandlungspflegerischen Leistungen ist, dass sich der Vertragsarzt vom Zustand des Patienten und von der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat bzw. dass ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist (§ 3 Abs. 1 HKP-RL).

Uns ist besonders wichtig, dass unsere Versicherten immer die Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Deshalb bitten wir die Ärzte darum, regelmäßig zu prüfen, ob die Maßnahmen noch angemessen sind oder angepasst werden müssen.

Wir möchten mit der Befristung auf 6 Monate eine kontinuierliche ärztliche Qualitätssicherung der verordneten Maßnahmen sicherstellen.

Wir entschuldigen uns für den zusätzlichen Aufwand, der dadurch bei den Versicherten erzeugt wird. Zusätzliche Kosten in Form von Zuzahlungen teilen für unseren Versicherten Hermann ..... aufgrund seiner Zuzahlungsbefreiung nicht an. In Hinblick auf eine qualitätsgesicherte Behandlung unserer Versicherten, können wir jedoch nicht, auch nicht im Einzelfall, von unserem Verfahren abweichen.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

9

Das Märchen von den „Mietnormaden“ und den „Dauer-Umziehern“

DAK-Gesundheit Postzentrum, 22788 Hamburg

Disziplinarische Krankenversicherung  
 DAK-Gesundheit Postzentrum  
 22788 Hamburg  
 Telefon: 07521 573360  
 Telefax: 07521 57336-7110  
 24 Stunden an 365 Tagen  
 E-Mail: service743100@dak.de

Internet  
 www.dak.de

persönlicher Kontakt  
 Hammer Str. 205  
 20539 Lönnech

Mo - Mi 08.00 - 18.00 Uhr  
 Do 08.00 - 17.00 Uhr  
 Fr 08.00 - 13.00 Uhr

unser Zeichen Z 37E  
 Datum 05.01.2018

**Kostenübernahme Häusliche Krankenpflege für  
 Kt – geb. 08.06.1**  
**Genehmigungskennzeichen: 30071**

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

die Kosten der Häuslichen Krankenpflege übernehmen wir in folgendem Umfang:

Leistung	Häufigkeit	von	bis
Arzneien verabreichen und überwachen; Inhalation Foster Spray	1 x tgl. 7 x wtl.	01.01.18	30.06.18
Richten von Medikamenten (Wochendosimed)	1 x tgl. 1 x wtl.	01.01.18	30.06.18

Je Behandlungstag kann/ können maximal 1 Einsatz/ Einsätze abgerechnet werden.

**Wichtig:**  
 Unsere Kostenzusage haben wir auf den vorgenannten Zeitraum befristet, weil jederzeit eine Veränderung in der Wohnsituation eintreten kann und/oder sich die medizinischen Voraussetzungen für die beantragten Leistungen ändern können. Diese Veränderungen können Auswirkungen auf den Leistungsanspruch haben.

Unser Mitglied ist über die Kostenübernahme und den Leistungsumfang informiert.

Mit freundlichem Gruß

Befristung: BEK wünscht anderen Zeitraum – zulässig?

**BARMER**

EINGEGANGEN  
 08. FEB. 2018

BARMER - 79620 Schwetzingen  
 17 890 1001 01 2381-0000  
 DV 02 070 Deutsche Post

Telefon 0800  
 Telefax 0800  
 service@barmer.de

Bitte stets angeben:  
 Unsere Zeichen 14007  
 Datum 09.02.2018

Häusliche Krankenpflege – Genehmigungsnummer:  
 für E, geboren am 02.10.1945

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der Verordnung vom 28.11.2017 durch Amt L. übernehmen wir die Kosten für die folgenden Verordnungen in Höhe der vertraglich vereinbarten Sätze:

Nr.	Verordnung	Wöchentlich	monatlich	gesamt	von	bis
1.	Richten von Medikamenten (Wochendosette)	1	1		01.01.2018	31.05.2018

Ist häusliche Krankenpflege vor Ablauf des angegebenen Zeitraums nicht mehr erforderlich, so endet damit auch die Kostenverpflichtung. Sollte häusliche Krankenpflege über den bewilligten Zeitraum hinaus erforderlich sein, ist rechtzeitig vor Ablauf ein Antrag auf Verlängerung zu stellen und eine erneute Verordnung (Muster 12) einzureichen.

Besondere Hinweise:

- DDG: ZZ1
- PFD: (Arzt): Die Verordnung haben wir befristet. Verordnungen sind auch befristetjähr- und quartalsübergreifend, z.B. vom 1.6. - 31.5. des Folgejahres, möglich. Die Bearbeitungszeiten zum Jahres-/Quartalsbeginn können so deutlich reduziert werden.
- PFD: (Arzt): Eine Mehrzustellung dieses Schreibens erhält der behandelnde Arzt zur Kernrisikoprüfung.

Welche  
Befristung ist  
rechtmäßig?



Qualitätssicherung



Dauer-Umzieher



Ok, aber anderer  
Zeitraum

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

12

## Suchen wir „Befristung“ ...

### Richtlinie



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Verordnung von häuslicher  
Krankenpflege

(Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)

In der Neufassung vom 17. September 2008  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 8. Februar 2010  
in Kraft getreten am 10. Februar 2010

zuletzt geändert am 21. Februar 2015  
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 20.08.2013 B5 vom 20. August 2013  
in Kraft getreten am 21. August 2013

**Kein Treffer!**

Also bei Befristungen  
immer einen Widerspruch  
(durch den Versicherten)  
einlegen (lassen)!

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

13

Der derzeitige  
Widerspruchs-  
Renner!



**Genehmigung der häuslichen Krankenpflege**

**Versicherte/r:**

**wohnhaft:** heatergasse 3 a

**Geburtsdatum:** Servicezeichen: 11758810

**Genehmigungsnummer:** 51505353518

Sehr geehrte Damen und Herren,

die von der KKH genehmigten Leistungen finden Sie auf der Folgeseite.

Wir passen den Genehmigungszeitraum für alle Verordnungen häuslicher Krankenpflege auf bis zu 3 Monate an, weil wir großen Wert auf eine qualitativ hochwertige Versorgung legen. Hierzu gehört auch, dass der verordnende Arzt regelmäßig überprüft, ob die Versorgung optimal verläuft, und im Bedarfsfall individuell auf Veränderungen reagieren kann.

So wird's  
gemacht!



**Leistungen häuslicher  
Krankenpflege abgelehnt  
oder befristet?**

**Legen Sie jetzt  
Widerspruch ein!**

[www.HP-Widerspruch.de](http://www.HP-Widerspruch.de)

## Bitte an [widerspruch@richter-rae.de](mailto:widerspruch@richter-rae.de):

---

Wir benötigen:

1. Ärztliche Verordnung
2. Ablehnungs- oder Befristungsschreiben der Krankenkasse
3. Vollmacht des Kunden/ Versicherten
4. ggf. weitere Informationen (Lebt Kunde allein?)

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

16

## Gliederung

---

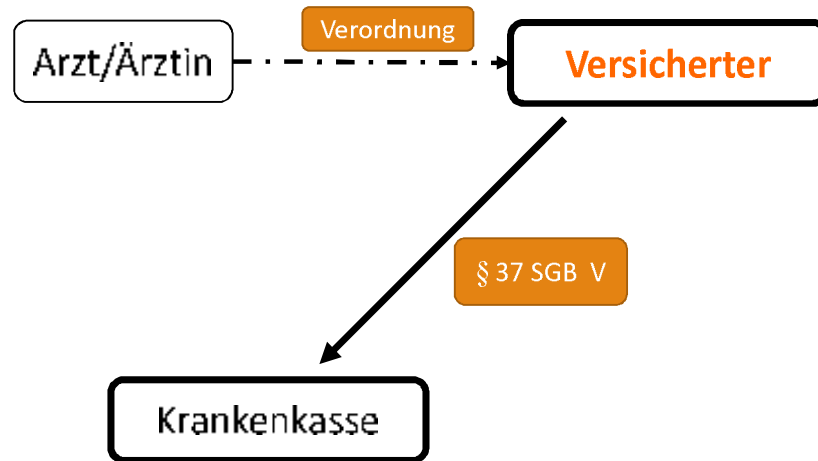


- Finanzierung der häuslichen Krankenpflege
- *Warm-up*
- **Grundstrukturen Leistungsrecht**
- Konkretisierung: Der G-BA
- Wie kommt der Pflegedienst in´s Spiel?
- Die negative Tatbestandsvoraussetzung
- SGB V und SGB XI
- weitere Ansprüche

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

17

## Wie kommt der Versicherte an die Leistung?



## Der Anspruch: § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V

*Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder einen sonst geeigneten Orten... als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.*

Es besteht ein Rechtsanspruch des Versicherten.

Die Krankenkasse hat **kein** Ermessen.

Voraussetzung: Die gesetzlichen Tatbestandsmerkmale sind erfüllt.



# Allgemeine Voraussetzungen



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

20

Nachweis der allgemeinen Voraussetzungen

Antrag auf Genehmigung [Rückseite]

Name, Vorname des Versicherten     Kostenträgerkennung     Versicherten-Nr.

**Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege**

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom  bis

**Siehe ③**

in meinem Haushalt   
  im Haushalt einer sonstigen Person   
  in einer Werkstatt für behinderte Menschen  
 in einer Schule, Kindergarten   
  in einer Wohngemeinschaft  
 in einer betreuten Wohnform   
  in einer sonstigen Einrichtung

Name  
 Straße, Haus-Nr.  
 PLZ     Ort

Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

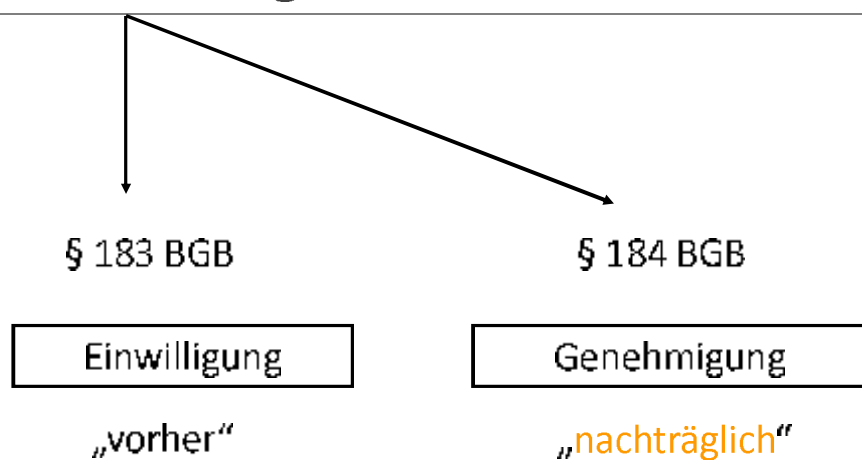
Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden  
 Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum    Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

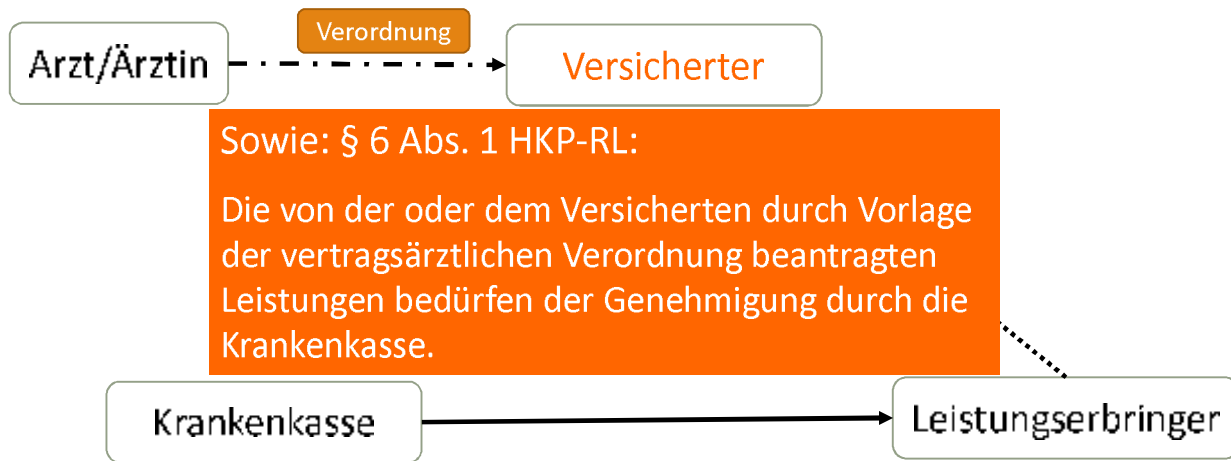
RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

22

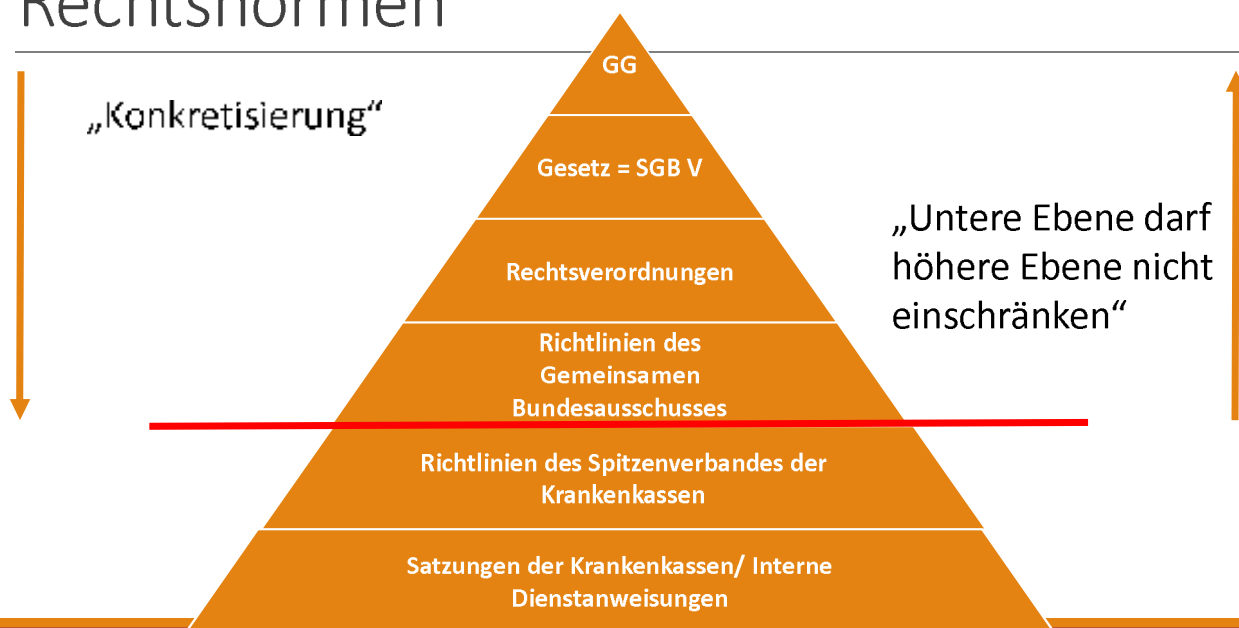
aber: Zustimmung



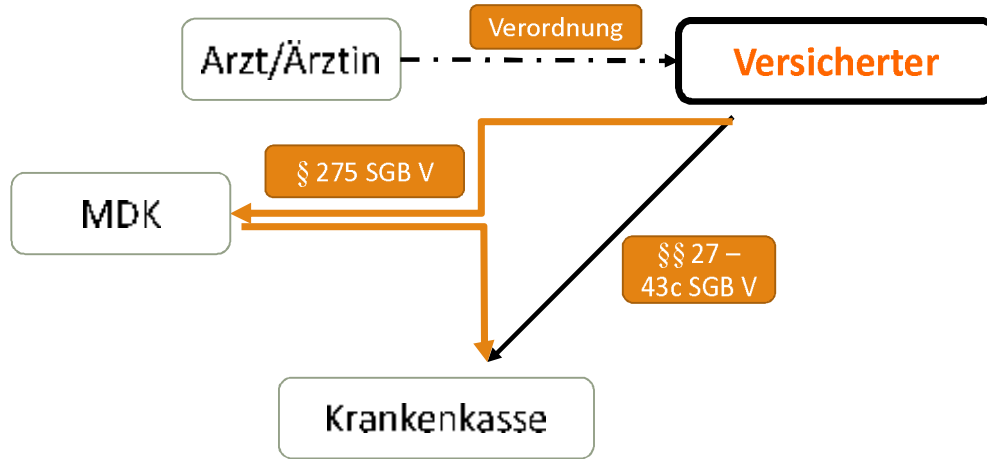
# Sachleistungsprinzip



# Rechtsnormen



# Der Weg der Verordnung



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

26

Ist das eine gutachterliche Stellungnahme?

ADK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
 Servicezentrum Wilhelmshaven  
 Kieler Str. 85  
 26382 Wilhelmshaven  
 Gesprächspartner: \_\_\_\_\_  
 Tel.: 04421 900 333  
 Fax: 0511 21 \_\_\_\_\_

Datum: 27.10.2017

---

Häusliche Krankenpflege für \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: 11.05.1879  
 Versicherungsnummer: N27 \_\_\_\_\_  
 Folgende Leistungen sind beauftragt: Verordnung, falls vorhanden: Renote, PV, Pfl, Pflv, Auslager, Dase.

Für o.g. wurden Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs. 2 SGB V beantragt.  
 Verordnung vom 22.09.2017 ab 01.10.2017 bis 31.12.2017

Wir bitten um Ihre sozial-medizinische Stellungnahme zu den angekreuzten Positionen.

Position	befürwortet		nicht bef.	Grund
	wie oft	bis wann		
<input type="checkbox"/> Medikamente geben/bereitstellen				
<input type="checkbox"/> Verband anlegen / wechseln				
<input checked="" type="checkbox"/> Injektion			X	
<input type="checkbox"/> Blutzuckerkontrolle (BZ)				
<input type="checkbox"/> Komp.strümpfe/-strumpfstr. id.2				
<input type="checkbox"/> Dekubitusversorgung				
<input type="checkbox"/> Einweisung				
<input type="checkbox"/> Wundverbände und Spülung				
<input type="checkbox"/> Kompressionsverband mit Wundversorgung				
<input type="checkbox"/> Blutdruckmessung				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Fragen zur Position Injektion:  
 Ist eine Injektion auf Dauer med. begründet?  
 \_\_\_\_\_

gel !!! 2,2,2,

D. B.  
 Gutachter des MDKN  
 Datum / Stempel  
 27. Okt. 2017  
 MDKN Oldenburg

Unterschrift \_\_\_\_\_

Suchbild!  
Was ist falsch?

**Verordnung häuslicher Krankenpflege** 12

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person dieses übernehmen kann.

Die Bestellung, wodurch die häuslich lebende Person die vorerwähnten Maßnahmen übernehmen kann, ist nicht möglich.  
 Einweisung  Folgeverordnung  Unfallspezifisch

vom 01.04.2017 bis 30.06.2017

Regelung bei Verordnungsdauer: **Über 14 Tage: Richtig: Diagnose**  
 Vorhandensein einer **Blutprothese (Z96.84-89)**  
 Vorhandensein einer **Kniegelenkprothese (Z96.85-89)**

Rechnungsart (Z90.0-0):

Häusliche Krankenpflege erfolgt:  statt Krankenhausbehandlung  zur Abklärung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Reinigungspflege:  
 Anleitung zur  
 Bruchunterstützung  
 Diätberatung

Medikamentengabe:  
 herreichen  verabreichen

Spezial:  
 Augentropfen

Wundpflege:  
 Anlegen von Adhäsions/Wafer/Wunden Verbänden  
 Anlegen von Kompressionsverbänden  
 Anlegen und Wechseln von Wundverbänden

Injektionen / Wundschmerz:  
 Anzeigen anerkennen, bei Komplexpflege (Häufigkeit und Dauer) eingetragen werden von vollqualifiziertem Personal

Rücken-, Schulter- und Knie mit Gesehntung der BK

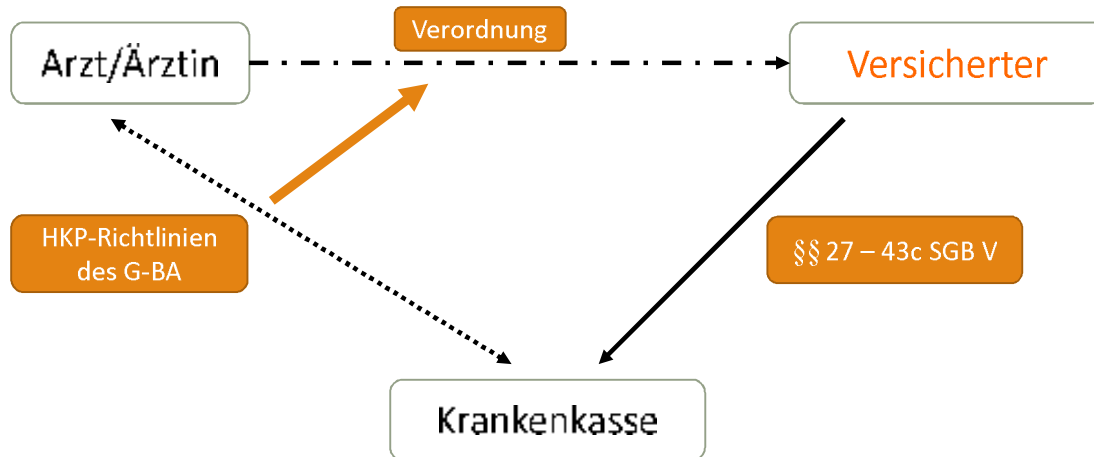
Grundpflege:  
 Anleitung zur Grundpflege

## Gliederung



- Finanzierung der häuslichen Krankenpflege
- Warm-up
- Grundstrukturen Leistungsrecht
- **Konkretisierung: Der G-BA**
- Wie kommt der Pflegedienst in's Spiel?
- Die negative Tatbestandsvoraussetzung
- SGB V und SGB XI
- weitere Ansprüche

## Was darf der Arzt/Ärztin verordnen?



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

30

## Wirtschaftlichkeitsgrundsatz

vgl. §§ 2 Abs. 1, 12 SGB V

↔ **Beitragssatzstabilität**, § 71 SGB V

Irrglaube: Sparen bei Leistungen, „Zwei-Klassen-Medizin“

Wirtschaftlichkeit meint lediglich einen Bezug zwischen Aufwand und Ertrag. Jede Leistung muss **ausreichend**, **zweckmäßig** und **wirtschaftlich** sein.

...am wichtigsten ist die Zweckmäßigkeit ↔ **evidenzbasierte Medizin**

Beispiel: Besserung zwar erwarten, aber Ertrag eher gering BSG, Urt. v. 22.9.1981, 11 RK 10/79 = BSGE 52, 134 – Hippotherapie; vgl. aber: BSG, Urt. v. 6.6.2002, B 3 KR 68/01 R – C-Leg

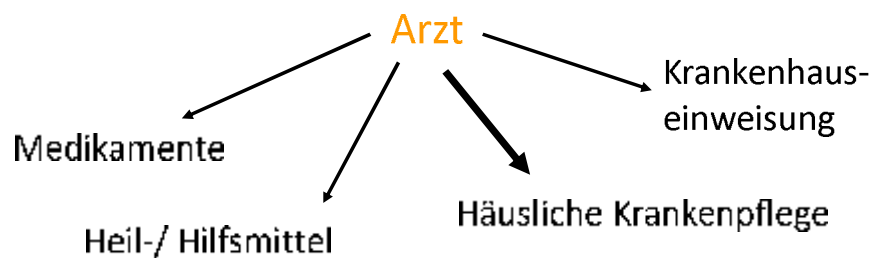
RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

31

## Die Verordnung des Arztes

Die ärztliche Verordnung konkretisiert das Rahmenrecht des § 27 SGB V auf den individuellen Einzelfall.

BSG, Urt. v. 20.3.1996, 6 RKa 62/94 = BSGE 78, 70



## Ärztliche Behandlung

§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V:

*Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) **angeordnet** und von ihm verantwortet werden.*

§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V:

*Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt **angeordnet** und von ihm zu verantworten ist.*

# Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Richtlinien des GBA sind „untergesetzliche“ Rechtsnormen

BSG, Urtr. v. 16.9.1997, 1 RK 28/95 = BSGE 81, 54 und 1 RK 32/95 = BSGE 81, 73

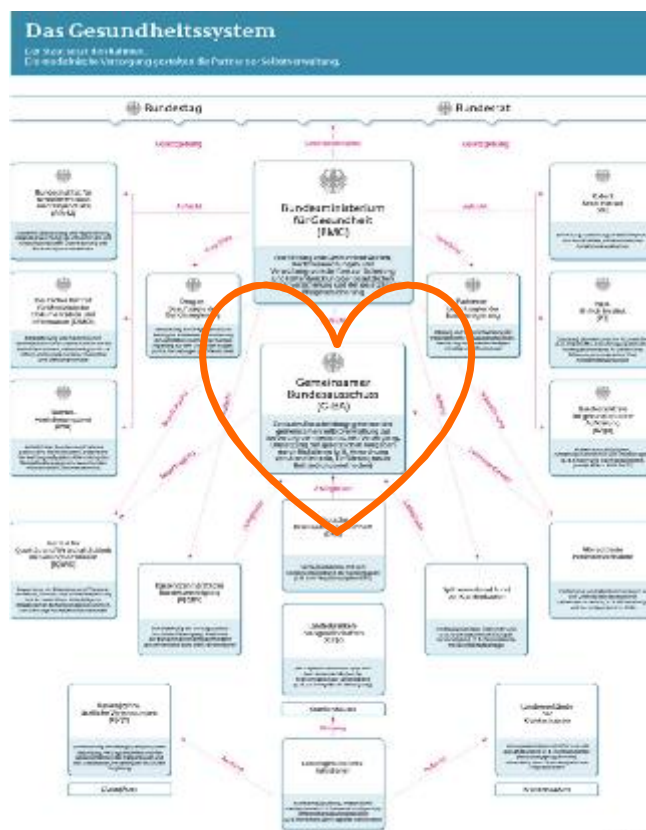
**Beschlussgremium (13 Mitglieder), § 91 Abs. 2 SGB V**

5 Mitglieder  
Spitzenverband  
Bund

1 unabhängiger  
Vorsitzender  
2 unabhängige  
Mitglieder

5 Mitglieder KBV/  
DKG

## Das Gesundheitssystem: Die Akteure





## G-BA

---

Das „Gesundheits-Zentralkomitee“, so *Rath*, taz v. 21.11.201

Zur Gewährleistung der Sicherung von Nutzen und Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmethoden und ärztlichen Leistungen ist das Prüfungsverfahren beim G-BA vorgeschaltet. Als höchste Beschlussinstanz innerhalb der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems legt der G-BA vor allem den Leistungskatalog der GKV fest und bewertet Arzneimittel sowie Qualitätsstandards.

Der G-BA unterliegt nur der Rechtsaufsicht des BMG (§ 91a Abs. 1 SGB V), dem es die Richtlinien zur Prüfung der Rechtmäßigkeit vorlegt (§ 94 Abs. 1 SGB V).

## Was darf verordnet werden?

---

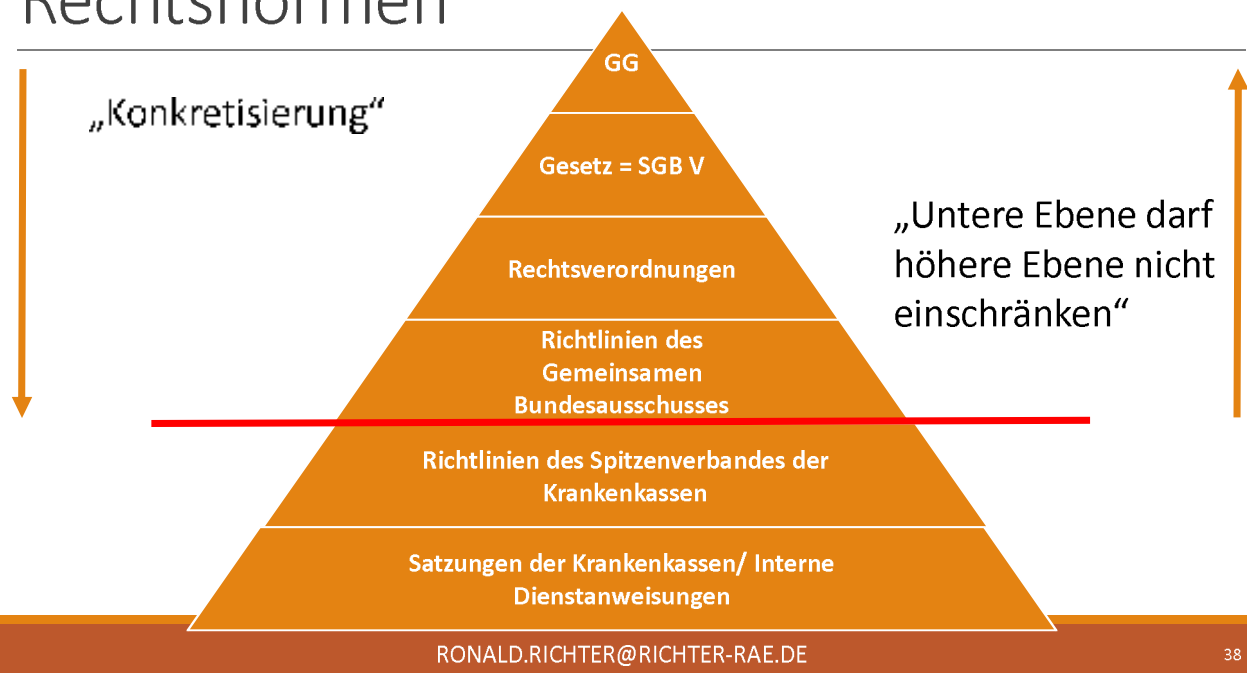
Was darf ein Arzt/ Ärztin als Leistung häuslicher Krankenpflege verordnen?

- Siehe HKP-RiLi

Darf verordnet werden, was nicht in der RiLi steht?

- Natürlich ja: Keine Einschränkung des Gesetzes!
- § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V: *Versicherte erhalten ...als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.*

# Rechtsnormen



## Daher § 1 Abs. 4 HKP-RiLi:

Öffnungsklausel, § 1 Abs. 4 Satz 3 HKP-RiLi:

Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen **verordnungs- und genehmigungsfähig**, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen.

## Erstverordnung immer nur für 14 Tage?



Ihr Zeichen: 951/17      **Widerspruch**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Mail vom 27.11.2017 haben wir erhalten.

Bei der Verordnung handelt es sich um eine Erstverordnung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege § 37 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V).

Erstverordnungen sollen einen Zeitraum bis zu 14 Tagen nicht überschreiten (§ 5 der Richtlinie HKPF). Die Verordnungsdauer über 14 Tage wurde nicht begründet.

Unserer Entscheidung bedarf keines Gutachtens des MDK.

Bei Fragen melden Sie sich gern bei uns.

## § 5 Abs. 1 HKP-Richtlinie

*Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern.*

*Um dies sicherzustellen, **soll** insbesondere die Erstverordnung einen Zeitraum bis zu 14 Tagen nicht überschreiten.*

Wer entscheidet die Verordnungsdauer?

## Folgeverordnung: Wann?

---

§ 5 Abs. 2 Satz 2 HKP-Richtlinie:

Die Folgeverordnung **ist** in den letzten drei Arbeitstagen (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

= spätestens!

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

## Kommunikation

---

§ 7 Abs. 1 HKP-Richtlinie:

Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt mit dem Pflegedienst und der Krankenkasse der oder des Versicherten eng zusammen.

Die **Koordination der Zusammenarbeit** liegt bei der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt.

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE





AOK - 86134 Augsburg

**AOK Bayern**  
Die Gesundheitskasse  
Direktion Augsburg

Prüfungsangelegenheit 1  
86150 Augsburg

Taxi-Nr.: 0021 307-0100  
Internet: www.aok.de  
E-Mail: aok

**Öffnungszeiten:**  
Montag bis Mittwoch: 09:00 - 16:00 Uhr  
Donnerstag: 09:00 - 11:00 Uhr  
Freitag: 09:00 - 16:00 Uhr  
und nach Vereinbarung

Dr. Ansprechpartner  
Ys

Telefon  
0821 321-  
Datum  
05.03.2016

Bei Rückfragen kontaktieren Sie bitte an:  
 VS

**Leistungen der häuslichen Krankenpflege für Herrn St**  
Genehmigungsnummer: G1

[... Ausschnitt des Schreibens]

Für diese Leistungen ist eine Kostenübernahme leider nicht möglich:

- 322 Wundverband anlegen oder wechseln  
Wunde wurde bereits mit Vorverordnung genehmigt.
- 581 2 Kompressionsverbände abwickeln

Nach unseren Informationen ist die verordnete Leistung medizinisch nicht notwendig. Die Kompressionsverbände können grundsätzlich bis zur nächsten Wundversorgung getragen werden.



Das MiMa-Verfahren!

**Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den MDK** 86

Hieraus ist ein Arzt-Befund entnehmen für eine Weiterleitungsbogen als einen Befund im Nachschreibmaß für den Arzt!

**Prüfungsinstitut**  
AOK Bayern

**Arztmedizinisches Versorgungszentrum (AMZ)**

Krankenhaus  
Name der Krankenhaus

Stufe

PLZ  Ort

Leistungsbereich

**Ansprechpartner Krankenkasse**

Nachname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

belegte ich Ihnen mit diesem Bogen die für den Weiterleitungs von der Krankenkasse angeforderten Befunde im Regio.

**Daten des Versicherten:**

Name, Vorname  Geburtsdatum

Stufe

PLZ  Ort

ICD-Code

Arztmedizinisches Versorgungszentrum

**Daten des Arzt-Befundabfrageeinzelganges**

Name, Vorname / Firma

Stufe

PLZ  Ort

Art-Nummer / Art

ICD-Code Leistungsbereich

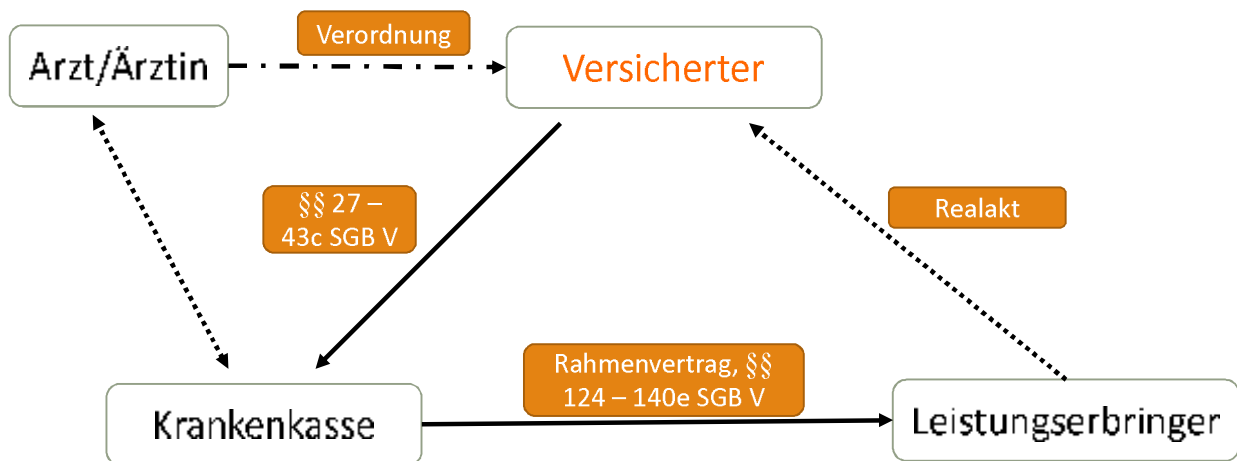
Leistungsbereich

# Gliederung

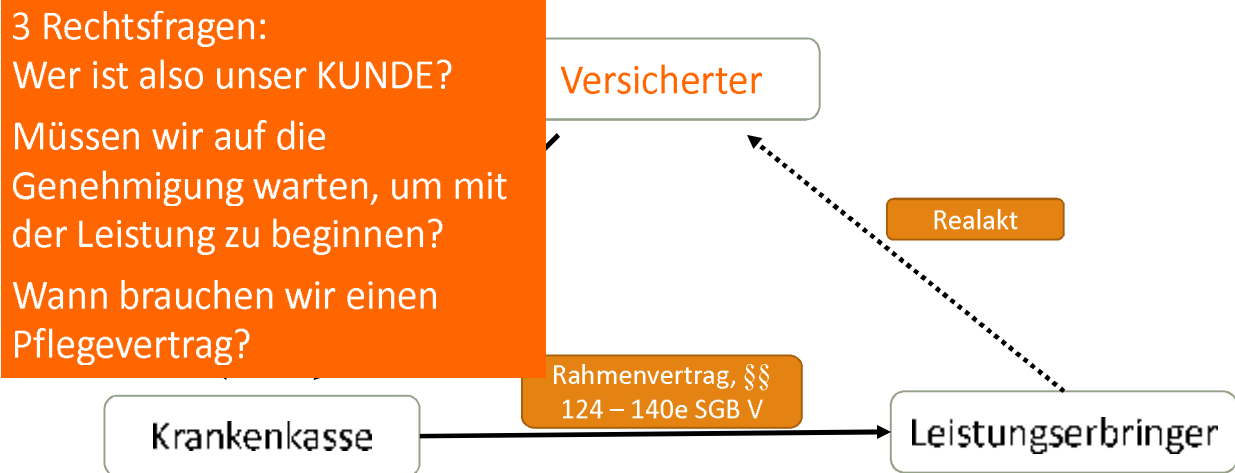


- Finanzierung der häuslichen Krankenpflege
- *Warm-up*
- Grundstrukturen Leistungsrecht
- Konkretisierung: Der G-BA
- **Wie kommt der Pflegedienst in's Spiel?**
- Die negative Tatbestandsvoraussetzung
- SGB V und SGB XI
- weitere Ansprüche

# Sachleistungsprinzip



## Sachleistungsprinzip



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

48

## Kostenübernahme vor Genehmigung

### § 6 Abs. 6 HKP-Richtlinie

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

49

Vorab per Fax?!



Schiffenstraße 92-100  
47059 Duisburg

Annika Simon  
Telefon: 02035458811  
Telefax: 0600-2223400-20  
Email: Annika.Simon@novitas-bkk.de  
Internet: www.novitas-bkk.de

Datum: 21.11.2017

Antrag auf häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V für

Name, Vorname des Versicherten		
[Redacted]		
Verordnungszeitraum	Verordnungsnummer	ICD-10
03.11.2017	01.11.2017 - 31.12.2017	403587100

Genehmigungskennzeichen:  
14220789  
Genehmigungsdatum:  
21.11.2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

für unseren o.g. Versicherten liegt eine Verordnung für Häusliche Krankenpflege für den Zeitraum vom 01.11.2017 - 31.12.2017 vor.

Die Richtlinien sehen die Einreichung der Verordnung innerhalb einer Frist von drei Tagen nach Ausstellung vor. Wir bitten Sie zukünftig um Zusendung der Originalverordnung **ohne vorherige Faxvorlage**. Die folgenden Leistungen werden durch die Novitas BKK übernommen.

Vorab per Fax

[vdek Vertrag Hamburg, Stand: 1.7.2015]

§ 3  
Vorläufige Kostenzusage

- (1) Die Ersatzkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die entsprechend § 3 Abs. 2 der Richtlinien häusliche Krankenpflege ausgefüllte Verordnung am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der zuständigen Ersatzkasse vorliegt. Zur Wahrung der Frist reicht die Übersendung **beider Seiten der Verordnung per Fax** an die zuständige Geschäftsstelle der Ersatzkasse aus. Das Original der Verordnung ist unverzüglich, spätestens am fünften der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Mo - Fr, mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage) nachzureichen.

Die verbindlichen Kontaktdaten werden von der jeweiligen Ersatzkasse benannt und sind in der aktuellen Fassung als Anlage 1 beigefügt.



# Praxisfall: Frist von drei Tagen überschritten

1. Was zahlt die Krankenkasse, ab wann?

2. Was müssen wir bei der Antwort unterscheiden? Welche Vorfrage klären?



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

52

## Informationen / Hinweise zu häuslicher Krankenpflege

Der Arzt kann im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Maßnahmen durch einen Pflegedienst verordnen, wenn diese erforderlich bzw. medizinisch notwendig sind und die Krankenbehandlung erst sichern oder einen Krankenhausaufenthalt vermeiden. **Ein Anspruch besteht aber nur dann, wenn der Versicherte oder eine im Haushalt lebende Person die erforderliche(n) Verrichtung(en) nicht durchführen können.** Hier wird auch ggf. das aktuelle Pflegegutachten oder versorgte Hilfsmittel mit berücksichtigt.

Der Gesetzgeber hat die verordnungsfähigen Maßnahmen und abrechenbaren Leistungen in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie geregelt und auch auf bestimmte Voraussetzungen und den Umfang entsprechend abgestimmt. Die Verordnungsfähigkeit und der Leistungsumfang ist den Pflegediensten, Krankenhäusern und verordnenden Ärzten bekannt und als Antrag eine Verordnung (Muster 12) erforderlich. Wir prüfen die Voraussetzungen im Rahmen des Antrages und wir bitten um Beachtung folgender Punkte.

- 1.1 Die Verordnung wird verspätet eingereicht – Sie muss spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, ausgenommen gesetzliche Feiertage) unterschrieben und bei uns vorgelegt werden. Wird die Verordnung vom Pflegedienst später eingereicht, werden die Kosten erst ab dem Tag des Eingangs übernommen. Sofern das Verschulden beim Pflegedienst liegt, ist eine Rechnungsstellung an Versicherte nicht angedacht.
- 1.2 Die Erstverordnung übersteigt einen Zeitraum von 14 Tagen – Der verordnende Arzt hat sich über den Erfolg der Maßnahmen zu vergewissern. Erst nach der Prüfung kann er eine Folgeverordnung ausstellen und stellt somit die richtige Umsetzung sicher.

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

53

## Nach „Ablauf der drei Tage“...

---

1. ...die ärztlich verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen sind grundsätzlich **genehmigungsfähig**:

Die Krankenkasse zahlt den **gesamten Verordnungszeitraum**, unabhängig davon, ob die 3-Tages-Frist zur Vorlage der Verordnung erfüllt wurde oder nicht.

SG Potsdam, Urt. v. 24.1.2008, S 3 KR 57/06

Problematisch sind nur die letztlich nicht genehmigungsfähigen Verordnungen

## § 2 Abs. 4 Bundes-Rahmenvertrag

---

### Rahmenempfehlungen

nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege

vom 10.12.2013

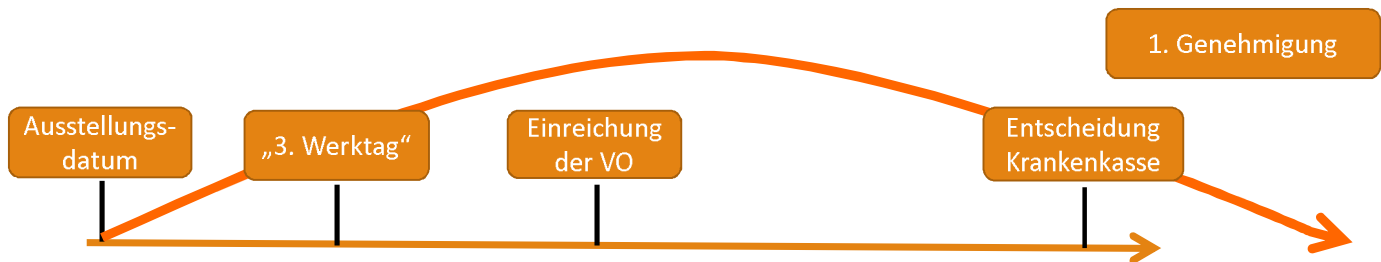
des GKV-Spitzenverbandes<sup>1</sup>, Berlin

- 4) Kosten für genehmigte und vom Pflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen.

## Praxisfall: Frist von drei Tagen überschritten

1. Was zahlt die Krankenkasse, ab wann?

2. Was müssen wir bei der Antwort unterscheiden? Welche Vorfrage klären?



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

56

2. Ablehnung

## Praxisfall: Frist von drei Tagen überschritten

Auch wenn die Frist von drei Arbeitstagen zur Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung über häusliche Krankenpflege überschritten worden ist, hat die Krankenkasse vor ihrer Entscheidung über die Genehmigung erbrachte **Leistungen** unabhängig von deren medizinischer Notwendigkeit zu vergüten, jedoch beschränkt auf die Zeit **ab Eingang der Verordnung**.

BSG, Ur. v. 20.4.2016, B 3 KR 17/15 R



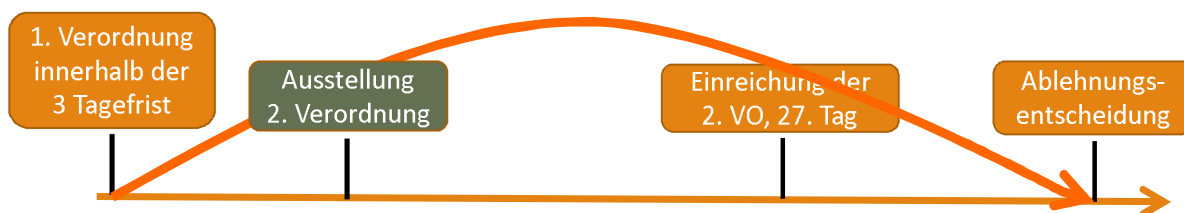
RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

57

## Praxisfall: Frist der Folgeverordnung

Liegen der Krankenkasse im Zeitpunkt der Entscheidung über die Genehmigung häuslicher Krankenpflege bereits mehrere vertragsärztliche Verordnungen vor, die den gesamten Zeitraum lückenlos abdecken, gilt die **Vorlagefrist** von drei Arbeitstagen **nur für die Erstverordnung**.

BSG, Urt. v. 20.4.2016, B 3 KR 17/15 R



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

58

## Überschreitung der 3-Wochen-Frist

Was passiert nach Ablauf von 3 Wochen?



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

59

## Beschleunigung, § 13 Abs. 3a SGB V

---

Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen **zügig**, spätestens bis zum Ablauf von **drei Wochen** nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber **zu unterrichten**.

Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. ...

## Genehmigungsfiktion, § 13 Abs. 3a SGB V

---

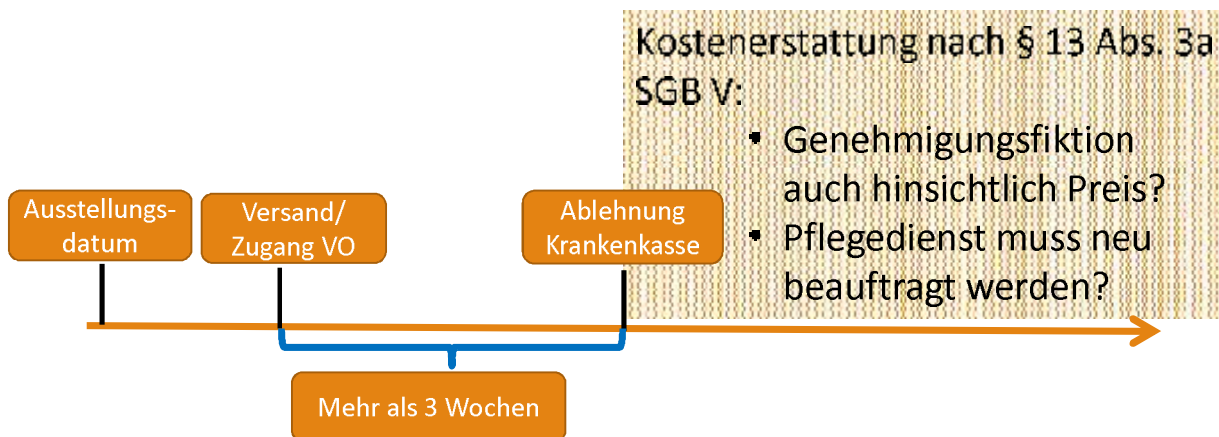
Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, **gilt die Leistung** nach Ablauf der Frist **als genehmigt**.

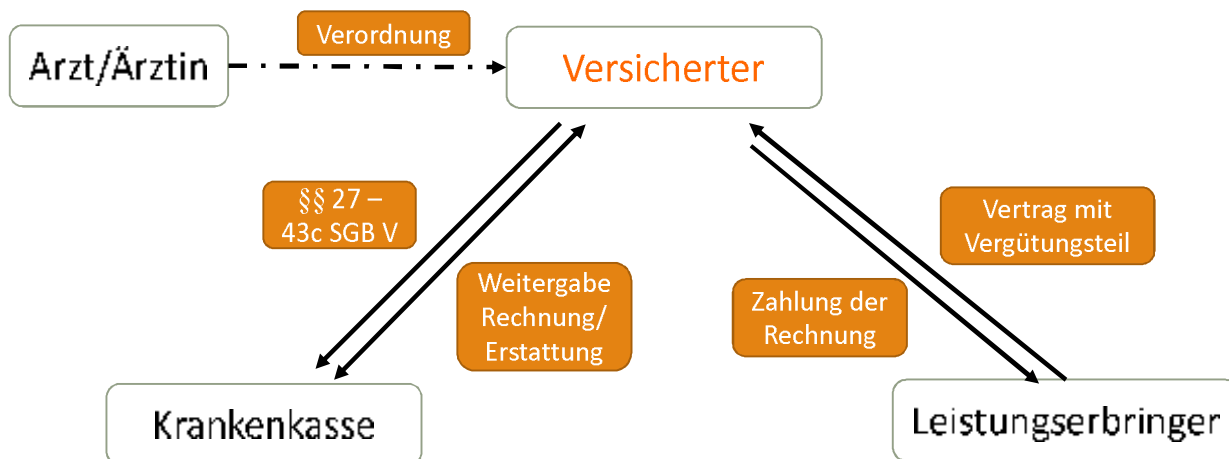
Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

# § 6 Abs. 6 HKP-RL/ § 13 Abs. 3a SGB V

Was passiert nach Ablauf von 3 Wochen?



## Ausnahme: Kostenerstattungsprinzip



## Verlängerung der Frist, § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V

---

§ 13 Abs. 3a SGB V ist eine Konkretisierung des § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I

Kann die Krankenkasse die gesetzliche Frist (3 bzw. 5 Wochen) nicht einhalten, so hat sie die Verzögerung **taggenau** anzugeben.

BSG, Urt. v. 11.7.2017, B 1 KR 26/16 R = BSGE (vorgesehen); *rechtsähnlich* BGH, Urt. v. 20.4.2017, III ZR 470/16 = BGHZ (vorgesehen) = VersR 2018, 31.

Die telefonische Information reicht nicht, da § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB XI die Schriftform vorschreibt. Allerdings kann die Frist mehrfach rechtzeitig schriftlich verlängert werden, wenn ein hinreichender Grund angegeben werden kann.

## Genehmigungsfiktion, Voraussetzung

---

Die Genehmigungsfiktion setzt einen Antrag des Versicherten, eine genehmigungsfähige (konkrete) Leistung, eine fehlende oder ungenügende oder nicht wiederholte Mitteilung sowie den Fristablauf voraus.

Eine Fristsetzung durch den Leistungsberechtigten ist nicht erforderlich.

[Anders als bisher beispielsweise in § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX a.F.: „Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen.“]

## Wirkung der Genehmigungsfiktion

Bei Eintritt der **Genehmigungsfiktion** ist der Antragsteller so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die beantragte (Sach-)Leistungserbringung durch Verwaltungsakt genehmigt.

Die Genehmigungsfiktion entfaltet – im Rahmen des zulässigen Fiktionsumfangs – somit dieselben Rechtswirkungen wie der tatsächlich erteilte Verwaltungsakt und **beendet** das Verwaltungsverfahren.

Soweit die Genehmigungsfiktion wirkt, kann die Krankenkasse gegen die genehmigte Art und den genehmigten Umfang der Leistung keine Einwendungen (mehr) erheben.

vgl. sehr kritisch: v. *Koppenfels-Spies* NZS 2016, 601.

ronald.richter@richter-rae.de

68

## Gliederung



- Finanzierung der häuslichen Krankenpflege
- *Warm-up*
- Grundstrukturen Leistungsrecht
- Konkretisierung: Der G-BA
- Wie kommt der Pflegedienst in´s Spiel?
- **Die negative Tatbestandsvoraussetzung**
- SGB V und SGB XI
- weitere Ansprüche



# § 37 Abs. 3 SGB V



Haushaltsbegriff

...wirtschaftliche Erweiterung?

...muss der Angehörige Pflege leisten?

Altersbedingt, Berufs-, Ausbildungs-, nein

Mitwirkungspflicht?

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

72

Amtsermittlung?



**AOK Bayern**  
Die Gesundheitskasse  
Direktion Aschaffenburg

Galkhofer Straße 57  
63741 Aschaffenburg  
Telefax: 09021 495-90314  
Telefon: 09021 495-0  
E-Mail: [info@aok.de](mailto:info@aok.de)

Öffnungszeiten:  
Mo-Fr 9-18 Uhr  
Donnerstag 8.00-17.30 Uhr  
Freitag 8.00-16.00 Uhr  
und nach Vereinbarung

Ihr Ansprechpartner:  
Karin  
Telefon: 09021  
Datum: 07.08.2017

Bei Rückfragen geben Sie bitte an:

AOK - Postfach 103102 - 63701 Aschaffenburg

**Leistungen der häuslichen Krankenpflege für Frau Waltraud**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben für Frau [Name] (eine Verordnung über häusliche Krankenpflege für den Zeitraum vom 26.07.2017 bis 30.09.2017) erhalten.

Leistung	Anzahl/Häufigkeit
- Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II (zwei Extremitäten)	1 x tgl. 1 x wtl

**Eine Kostenübernahme ist aus folgendem Grund nicht möglich:**  
Aus der Verordnung geht nicht hervor, warum das Anziehen der Kompressionsstrümpfe sonntags nicht durch die Pflegeperson sicher gestellt werden kann.

Selbstverständlich stehen wir Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

## § 37 Abs. 3 SGB V

lebt der Angehörige im Haushalt

kann in dem erforderlichen Umfang die Pflege erbracht werden

besteht eine **aktive** Pflegebereitschaft beim Angehörigen

- im Intimbereich („jeder Eingriff in den Körper“: Pflege im Genitalbereich, Setzen von Injektionen) keine Begründung für Ablehnung erforderlich
- ansonsten (z.B. Medigabe) nachvollziehbare Begründung notwendig (aber: Überforderung oder anderweitige Pflege reicht als Begründung aus)

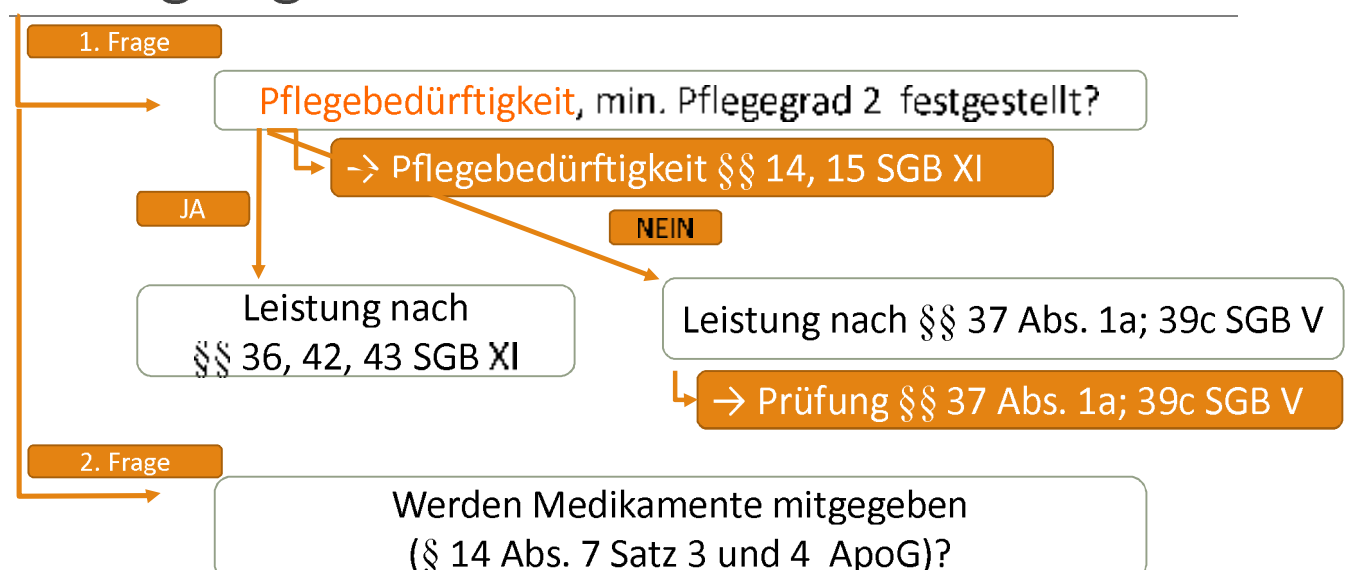
passive Pflegebereitschaft beim Versicherten

BSG, Urt. v. 30.3.2000, B 3 KR 23/99 R = BSGE 86, 101

RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

74

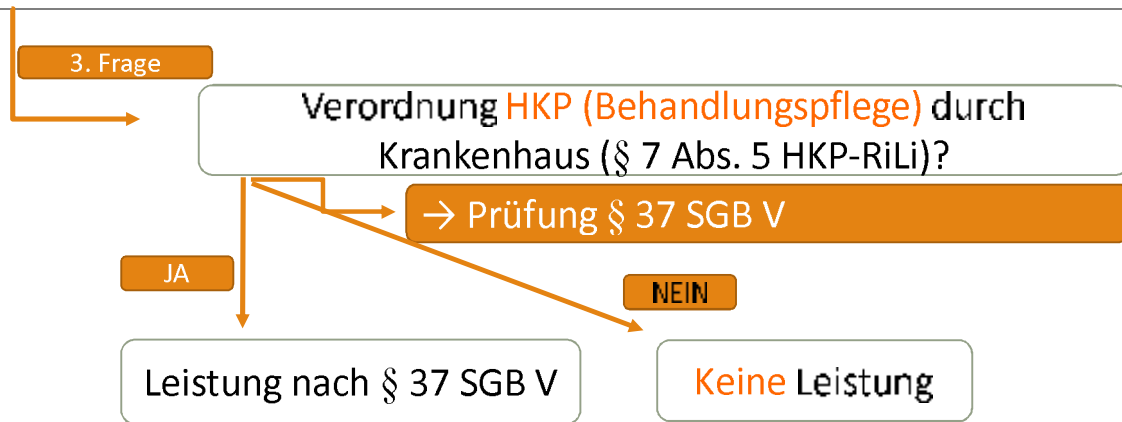
## Standardprozedur: Verlegung aus dem Krankenhaus



RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE

92

# Standardprozedur: Verlegung aus dem Krankenhaus (II)



Mit  
Autorenrabatt  
nur € 33,00!



## ... weitere Informationen

---

Rechtsanwalt Prof. Ronald Richter

**RICHTER**RECHTSANWÄLTE

Mönckebergstraße 17

20095 Hamburg

040 – 309694 – 81

Fax: – 89

[www.richter-rae.de](http://www.richter-rae.de)



[RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE](mailto:RONALD.RICHTER@RICHTER-RAE.DE)

106