

# Bürokratie adé

**EIN STRUKTURIERTES VERORDNUNGSMANAGEMENT** REDUZIERT DIE VERWALTUNGSZEIT ENORM UND ERMÖGLICHT EINE ÖKONOMISCHE LEISTUNGSERBRINGUNG. EIN WEITERER POSITIVER EFFEKT: DIE BERATUNGSKOMPETENZ IHRER MITARBEITER WIRD ERHÖHT. WAS BENÖTIGEN SIE DAFÜR? GANZ WICHTIG SIND GUTE KENNTNISSE ÜBER DIE RECHTLICHEN GRUNDLAGEN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE.

ZUSAMMENARBEIT MIT DER ARZTPRAXIS

TIPPS FÜR DAS „RICHTIGE“ AUSFÜLLEN VON VERORDNUNGEN

- + Leitfaden für Arztpraxis mit Checklisten und Musterverordnungen als Handreichung für die Praxisassistentinnen erstellen
- + Abholung und Kontrolle der Verordnungen vor Ort durch geschulte Pflegedienst-Mitarbeiter
- + Praxisteams zum Thema schulen und multifunktionale „Sprechstunde“ anbieten

die Beratungskompetenz der Mitarbeiter und die Wertschätzung des Pflegedienstes durch Kunden sowie Ärzte steigt.

Diese Punkte sollten in einem Ordnungsmanagement geregelt sein:

1. Besorgen und Ausfüllen von Erst- und Folgeverordnungen
2. Vorgehen bei Anforderungen von Unterlagen durch die Krankenkassen/den MDK
3. Vorgehen bei (Teil-)Ablehnungen von Verordnungen

**1. BESORGEN UND AUSFÜLLEN VON ERST- UND FOLGEVERORDNUNGEN**

Der rechtliche Hintergrund: Mit den Entgelten der HKP-Leistungen sind zumeist nur die Kosten für deren direkte Leistungserbringung abgedeckt. Das Besorgen der Verordnung und deren Einreichung bei der zuständigen Krankenkasse ist Aufgabe des Kunden. Er ist selbst dafür verantwortlich, dass er seine benötigte Leistung erhält; dazu gehört eben nicht nur der Besuch beim Arzt.

Allerdings ergibt es aus mehreren Gründen Sinn, dass der Pflegedienst das im Auftrag des Kunden organisiert und ihm den Wert dieser Leistung, bspw. über einen Preis für diese Dienstleistung, im Gegenzug verdeutlicht. Zum einen ist das korrekte Verfahren durch die Kassen so kompliziert gestaltet, dass die zumeist älteren Kunden damit überfordert sind. Zum anderen kann der Pflegedienst so dafür Sorge tragen, dass die Verordnungen in den Arztpraxen korrekt ausgefüllt werden. So fällt ein Hauptgrund für Nachfragen der Krankenkassen (s. u.: Medikamentenpläne und Wundberichte) bzw. Ablehnungen von Verordnung weg. Viele Praxisassistentinnen sind zudem sehr aufgeschlossen gegenüber einer Unterstützung durch die Pflegedienste. Denn auch der Verwaltungsaufwand in der Arztpraxis verringert sich so deutlich.

Ob Sie den Aufwand Ihren Kunden als Einzelleistung oder (Monats-)Pauschale in Rechnung stellen oder alternativ als kostenlose „Serviceleistung“ des Pflegedienstes anbieten, muss jeder selbst abwägen. Denn wird diese privat zu finanzierende Leistung als „Privatleistung“ nicht in Anspruch genommen (weil zu teuer oder zu kompliziert geregelt ist), handelt man sich so im Gegenzug wieder häufiger falsch ausgefüllte oder verspätet eingereichte Verordnungen ein, was erneut zu Doppelarbeiten bei Ihnen, den Kunden und den Praxen führt und den Ertrag schmälert.

**VERORDNUNGEN RICHTIG AUSFÜLLEN – SO GEHEN SIE VOR**

Oft fehlen Ärzten und Praxisteams ausreichende Informationen und das Verständnis rund um das Genehmigungsverfahren der Häuslichen Krankenpflege. Damit Verordnungen

richtig ausgefüllt werden, gibt es verschiedene Vorgehensweisen. Sie sind vielerorts erprobt und je nach Ärzteschaft und Region unterschiedlich erfolgreich. Hier einige Beispiele:

- Leitfaden für Arztpraxis mit Checklisten und Musterverordnungen als Handreichung für die Praxisassistentinnen (siehe Kasten Seite 24):
  - Ein Leitfaden ist vor allem dann hilfreich, wenn der Kunde selbst die Verordnungen abholt und nicht der Pflegedienst.
  - Manche Praxen ignorieren allerdings solche Hilfsangebote.
  - Der Leitfaden kann auch zur Schulung von Mitarbeitern und Praxen eingesetzt werden.

» Formale Nachfragen der Kassen lassen sich reduzieren, indem Sie dafür Sorge tragen, dass alle entscheidungsrelevanten Daten aus der Verordnung auch hervorgehen.

- Abholung und Kontrolle vor Ort durch geschulte Kräfte:
  - Nutzt man dies in Kombination mit einem Leitfaden oder einer Schulung, reduziert sich die Zahl falsch oder unvollständig ausgefüllter Verordnungen enorm.
  - Damit entfällt der Hauptgrund („Medikamentenpläne und Wundberichte“) für Nachfragen der Krankenkassen.
  - Kassen können nicht mehr nur aufgrund einer formal falsch ausgefüllten Verordnung eine Kostenübernahme ablehnen.
  - Die meisten Praxisteams sind hierfür sehr aufgeschlossen, denn auch bei ihnen verringert sich so der Verwaltungsaufwand.
  - Mit den Teams sollten feste Ansprechpartner und Abholzeiten vereinbart werden.
- Schulung der Praxisteams und Angebot einer multifunktionalen „Sprechstunde“
  - Aufwendig, aber sehr erfolgversprechend sind Kurzschulungen der verschiedenen Praxisteams. Diese müssen aufgrund neuer Mitarbeiter in den Praxisteams regelmäßig wiederholt werden.
  - Allerdings kann dies auch in Kombination mit einer „Beratungsstunde zur Kranken- und Pflegeversicherung und deren Leistungen“ für die Patienten des Arztes erfolgen. So stellt der Pflegedienst seine Beratungskompetenz in den Vordergrund und generiert neue Kunde.
  - Sollte die Beratungsstunde anfangs vielleicht nur gering frequentiert werden, »

Von Gerd Nett

**W**er kennt das nicht? Da haben Sie die Anfrage zur Wundversorgung eines Neukunden erhalten und der bürokratische Aufwand, vom Besorgen der Verordnung, dem Genehmigungsverfahren, der Leistungsplanung und -dokumentation bis hin zur Abrechnung beginnt. Die Zeit, die für diese Bürokratie aufgebracht werden muss, beziffern selbst kleine bis mittlere Pflegedienste mit durchschnittlich mehr als zwei Stunden pro Tag, mit steigender Tendenz. Dabei nimmt die eigentliche Leistungserbringung im Gesamtgeschehen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) zunehmend einen vergleichsweise geringeren prozentualen Zeitaufwand in Anspruch.

Der Hauptgrund für den hohen Zeitaufwand liegt im Antrags- und Genehmigungsverfahren von HKP-Leistungen, den viele Kostenträger unnötigerweise aufblähen und missbräuchlich ausgestalten. Hier geschehen aus Sicht des Autors viele vermeidbare Fehler. Leider sind die möglichen Fehlerquellen bei aufwendigeren Behandlungspflegen häufiger anzutreffen und zudem schwieriger zu beheben. Hier kann ein strukturiertes Ordnungsmanagement den benötigten Zeitaufwand reduzieren und so die Effektivität erhöhen. Gleichzeitig erhöht sich

## „Ein Widerspruch lohnt sich in fast allen Fällen“

IMMER WIEDER KOMMT ES VOR, DASS KRANKENKASSEN DIE VERORDNUNG HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE KÜRZT, EINSCHRÄNKT ODER GAR ABLEHNT. WIE SEHEN DIE RECHTLICHEN GRUNDLAGEN HIERZU AUS? WAS DARF DER PFLIEGEDIENTST, WAS MUSS DER KUNDE TUN? RECHTSANWALT PROF. RONALD RICHTER ERLÄUTERT DIE WESENTLICHEN ASPEKTE.

FOTO: TOM PINGEL

### Ronald Richter, Rechtsanwalt und Inhaber der Kanzlei Richterrechtsanwälte, Hamburg

*Herr Richter, welche Schritte sollte ein Pflegedienst unternehmen, wenn die Krankenkasse eine verordnete HKP-Leistung ohne Begründung kürzt oder ablehnt?*

*Da nicht eine Leistung des Pflegedienstes gekürzt wird, hat der ambulante Pflegedienst vor allem seine Kunden und ggf. die Angehörigen zu informieren und beim Vertragsarzt die Begründung für die Ablehnung zu erfragen. Der Pflegedienst erleidet daher keinen eigenen Rechtsverlust, soweit es um die Kürzung oder Ablehnung der Verordnung geht, sondern der Versicherte selbst muss sich gegen die Verkürzung seiner Rechte wehren. Daher kann der Pflegedienst nichts anderes tun als nach Ablehnung die Leistung einzustellen, es sei denn, der Kunde fordert die weitere Leistungserbringung an und der behandelnde Arzt bleibt bei seiner ursprünglichen Verordnung.*

*Wann lohnt sich ein Widerspruchsverfahren oder sogar der Klageweg?*

*Letztlich muss der versicherte Kunde selbst das Widerspruchsverfahren, später gegebenenfalls die Klage erheben. Viele Angehörige nehmen dann, wenn sie sich selbst vertreten, wahr, dass sie kaum ernstgenommen werden und die Kasse sie letztlich bittet, den Widerspruch zurückzunehmen mit der Begründung, dass der MDK dieses oder jenes festgestellt habe. Daher zeigt sich die Professionalität eines ambulanten Pflegedienstes oder einer Sozialstation auch darin, ob zu ihrem Netzwerk auch entsprechend spezialisierte Anwälte gehören. Ein Widerspruch lohnt sich in fast allen Fällen. Untergesetzliche Rechtsnormen wie die HKP-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses dürfen das Bundesrecht nicht einschränken. Da § 37 SGB V kaum Einschränkungen regelt, sondern die konkrete Entscheidung dem behandelnden Arzt überlässt, sind inhaltliche Einschränkungen nur in Ausnahmefällen möglich.*

*Was ist zu tun, wenn die Kasse die ärztliche Verordnung befristet? Weder der § 37 SGB V noch die HKP-Richtlinien kennen einen Rechtsgrund der Befristung. Daher ist*


*gegen jede Befristung vorzugehen. Dies gilt natürlich auch für den Fall, dass eine Befristung vorgenommen wird, verbunden mit der Aufforderung an den Pflegedienst Wund-, BZ- oder RR-Protokolle vorzulegen. Auch derartige vorbeugende Prüfungsrechte begründen aber eine Befristung ohne Rechtsgrund nicht.*

*Wie ist die Rechtslage bei zu spät eingereichten Verordnungen? Es ist derzeit in der Rechtsprechung noch umstritten, ob die Drei-Tages-Frist eine so genannte Ausschlussfrist darstellt oder nicht. Mehrere Sozialgerichte vertreten die Auffassung, dass die Krankenkassen in den Fällen die Kosten auch bei einer Fristversäumung für den gesamten Zeitraum zahlen müssen, in denen die Leistung zu genehmigen ist. Dies sehen andere Sozialgerichte anders. Derzeit wird zu dieser Frage eine Revision zum Bundessozialgericht vorbereitet. Klar dürfte daher für jeden Dienst sein, dass diese Drei-Tages-Frist eingehalten werden muss. Daher gilt noch immer: Jede Verordnung vorab per Fax an die Krankenkasse, wobei es nur auf die Vorderseite ankommt, damit die Krankenkasse weiß, welcher verordnete Bedarf besteht.*

*In Baden-Württemberg läuft derzeit ein Modellversuch, der einen vereinfachten Umgang mit der Verordnung von HKP erprobt. Vier Sozialstationen bestimmen über Art und Umfang der Behandlungspflege selbst. Was sagen Sie dazu?*

*Ein vereinfachter Umgang mit den HKP-Verordnungen ist dringend geboten. Derartige Masseverfahren eignen sich nicht für eine engmaschige Überprüfung durch den MDK und aufwändige Genehmigungsverfahren. Das durch die Streichung eingesparte Finanzvolumen wird für die beschäftigten Arbeitskräfte in den Krankenkassen wieder ausgegeben. Außerdem wird durch jede Zahlungsverweigerung das Vertrauensverhältnis zwischen behandelndem Arzt und Versicherten gestört. Wie sieht die Sache für den Versicherten aus? Der behandelnde Arzt verordnet eine Leistung, die mit fadenscheinigen Begründungen nach Aktenlage abgelehnt wird. In vielen Fällen leidet das Rechtsempfinden. Derartige Störungen sollten daher nicht dauerhaft hingenommen werden.*

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

 Richter, Ronald: Behandlungspflege – Kommentar und 45 Praxisfälle zu § 37 SGB V und den Richtlinien zur Verordnung Häuslicher Krankenpflege, 3. Auflage (2011), Vincentz Network Hannover

> Ronald Richter sieht das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Versicherten gestört, wenn Kassen Zahlungen verweigern. Zudem leide das Rechtsempfinden. „Derartige Störungen sollten nicht dauerhaft hingenommen werden.“

» Die Professionalität eines Pflegedienstes zeigt sich auch darin, ob zu seinem Netzwerk auch spezialisierte Anwälte gehören.

» können dort auch andere Arbeiten (z. B. Pflegeplanung schreiben) von den Mitarbeitern durchgeführt werden.

**2. VORGEHEN BEI ANFORDERUNGEN VON UNTERLAGEN DURCH KASSE ODER MDK**

Der rechtlicher Hintergrund: Was darf die Krankenkasse prüfen, was nicht? Die Aufgaben der Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens sind eng definiert: Sie muss die Verordnung prüfen und unklare

» *Das Abholen und die Kontrolle der Verordnungen vor Ort durch geschultes Personal reduziert die Zahl der falsch ausgefüllten Verordnungen enorm.*

Dinge klären. Dabei muss sie nach § 20 SGB X von sich aus aktiv eine Klärung betreiben, falls Sachverhalte unklar bleiben, zum Beispiel Formalien (wie fehlende Unterschriften, falsche Datumsangaben, fehlende Angaben zu Präparaten etc.), bevor sie einfach eine Ablehnung der Verordnung vornimmt. Die Prüfkompetenz der Krankenkassen erstreckt sich dabei nur auf Formalien. Medizinische Sachverhalte darf sie nicht selbst überprüfen, sie muss dazu eine gutachtliche Stellungnahme nach § 275 SGB V einleiten und den MDK damit beauftragen.

Am häufigsten verlangen Krankenkassen das Nachreichen von Medikamentenplänen bzw. Wundberichten, da sie ohne die Unterlagen die Verordnung nicht genehmigen könnten. Grund sind zumeist fehlende oder ungenaue Angaben auf der Verordnung. Der beste und einfachste Weg, solche Anforderungen zu vermeiden, sind formal korrekt ausgefüllte Verordnungen.

Bieten Sie daher keine Angriffsfläche für formale Nachfragen, indem Sie dafür Sorge tragen, dass alle entscheidungsrelevanten Daten aus den Verordnungen direkt hervorgehen, inklusive Präparatenamen bei Medikamentengabe, Lokalisation, Größe, Grad und gegebenenfalls Wundbefund bei Dekubitus oder Wunden. Steht auf der Verordnung bei den verordneten Präparaten „siehe Medikamentenplan“, so ist klar, dass die Krankenkasse diesen anfordert, da ansonsten die Verordnung formal nicht

vollständig ausgefüllt ist. Trägt der Arzt jedoch einige der verordneten Präparate wie „ASS, Bisoprolol, HCT“ ein, so ist der Form genüge getan und es gibt keine Gründe mehr für einen (weitergehenden) Medikamentenplan oder andere Nachfragen.

**FOLGEVERORDNUNGEN: DIESE ANGABEN SIND FORMAL AUSREICHEN**

Ähnlich verhält es sich mit Anfragen zu Wundberichten bei Folgeverordnung von Dekubitus- und/oder Wundbehandlungen: Auch hier sollte der Arzt penibel die geforderten Angaben eintragen, um so zeitaufwendige Nachfragen auszuhebeln. Formal ausreichend wären Angaben wie:

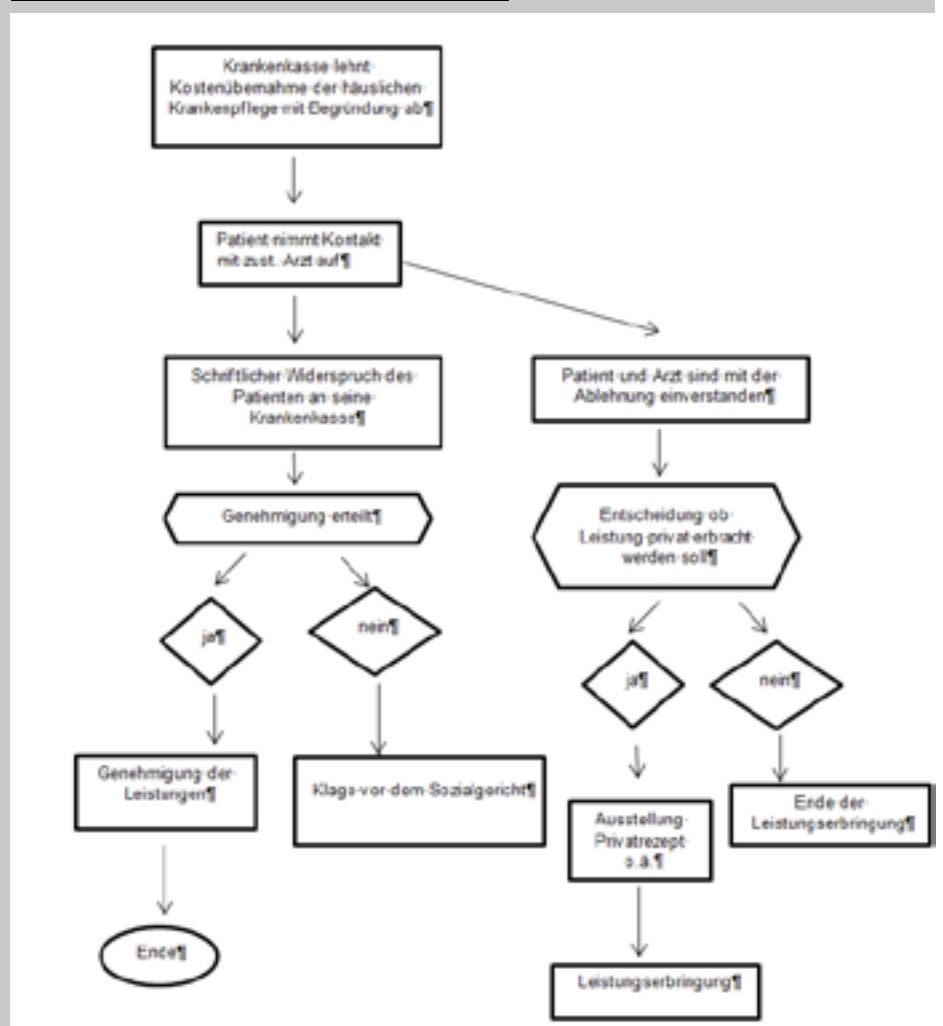
- Dekubitusbehandlung: „Dekubitus Grad II am linken Knöchel, Größe 3x2 cm, Tiefe ca. 0,5 cm“
- Wundverband: „chronische Wunde am rechten Unterschenkel, lateral. Chronisch

infizierte Wunde mit Wundheilungsstörung; Größe 5x4 cm, Tiefe ca. 1 cm“

Haben daraufhin Kassenmitarbeiter dennoch Nachfragen, die sie an den Pflegedienst richten, sollten Sie diese zunächst konsequent an die ausstellende Praxis weiter vermitteln. Denn Ansprechpartner ist zunächst einmal derjenige, der die betreffenden Angaben (gegebenenfalls auch nicht oder nicht vollständig) gemacht hat. Dies wird in der Regel der Arzt sein. Er ist der „Kordinator des Verfahrens“ (§ 7 Abs. 1 HKP-Richtlinie) und nur er darf weitergehende Auskünfte - seine Therapie betreffend - geben.

Zudem sollte der Arzt selbst entscheiden, welche Informationen zu seiner Behandlung er bereit ist an die Krankenkasse weiterzuleiten, zum Beispiel auch die häufig nachgeforderten Wundberichte. Letztere sind tatsächlich nur sehr selten zusätzlich erforderlich, wenn

**Schema: Vorgehen bei Ablehnung einer Verordnung**



## 24 ORGANISATION

> Ein umfassendes Ordnungsmanagement bezieht die Arztpraxis mit ein und deckt typische Problemfelder wie das korrekte Ausfüllen von Verordnungen oder Absprachen zum gemeinsamen Vorgehen, zum Beispiel bei abgelehnten Verordnungen, ab.

schon auf der Verordnung die entsprechenden Angaben zum Wundbefund gemacht wurden. Hier ist es hilfreich, wenn dem Arzt mit der Anfrage zur Folgeverordnung ein jeweils aktueller Wundbericht (Wundtherapie/Foto) zur Verfügung gestellt wird. So hat er für mögliche Nachfragen gleich alle Unterlagen vor Ort und kann direkt entscheiden, ob ein Wundbericht an den MDK/die Krankenkassen geschickt werden soll.

Tipp: Trotz alledem sollten Pflegedienste auf die korrekte Ausfertigung achten, um sich den vorprogrammierten Ärger zu ersparen. Denn die Krankenkasse wird in aller Regel den Pflegedienst und nicht die Arztpraxis zuerst anrufen.

### 3. VORGEHEN BEI (TEIL-)ABLEHNUNGEN VON VERORDNUNGEN

Der rechtliche Hintergrund: Im Bereich der HKP bestehen verschiedene völlig unterschiedliche Rechtsverhältnisse und betreffen das Leistungsrecht (Sozialrecht) und das Leistungserbringungsrecht (Zivilrecht). Der Rechtsanspruch des Patienten gegenüber der Krankenkasse auf HKP-Leistungen ist ein



FOTO: FOTOLIA

Sachleistungsanspruch: d.h. die Krankenkasse stellt die Leistung durch eine Pflegekraft direkt zur Verfügung. Da sie allerdings keine Pflegekräfte zur Durchführung von HKP-Leistungen beschäftigen, beauftragen sie mit der Durchführung einen ambulanten Pflegedienst. Die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkasse und Pflegedienst sind dabei in einem Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V geregelt und die HKP-RL sind integraler Bestandteil dieser Verträge. Hier sind ein Genehmigungsvorbehalt, aber auch eine vorläufige Kostenübernahme (§ 6 Abs. 6 HKP-RL) der Krankenkassen geregelt. Verkürzt gesagt, ist der Auftraggeber

einer HKP-Leistung nicht der Arzt, sondern die Krankenkasse. Das hat enorme Konsequenzen für Pflegedienste.

Kommt es seitens der Krankenkassen zur einer Ablehnung (oder Teilablehnung) von ärztlich verordneten Leistungen, ist damit der Auftrag komplett (oder teilweise) storniert bzw. entsprechend der Angaben der Krankenkasse geändert (z. B. Häufigkeit oder Dauer)! Da hierüber auch Arzt und Kunde informiert werden müssen und diese hiermit, wenn kein Widerspruch eingelegt wird, formal mit der Therapieänderung einverstanden sind, darf die

### LEITFADEN/CHECKLISTE FÜR DIE ARZTPRAXIS

Sehr geehrte/r..., liebes Praxisteam, leider können Krankenkassen aus formalen Gründen Ihre verordneten Leistungen ablehnen, wenn nicht folgendes bei der Verordnung beachtet wird:

- + Die Daten des Versicherten sind vollständig eingetragen.
- + Die Verordnungsart ist ersichtlich („statt Krankenhausbehandlung“ bzw. „zur Sicherung der der ambulanten ärztlichen Behandlung“).
- + Beginn, Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen sind angegeben.
- + Die verordneten Behandlungsmaßnahmen stimmen in ihrer Logik mit den Diagnosen überein.
- + Bei der Verordnung „Herrichten bzw. Verabreichen von Medikamenten“ bitte die Präparate direkt auf der Verordnung benennen oder alternativ einen aktuellen Medikamentenplan beifügen, der dann an die Krankenkasse übermittelt wird.
- + Für die Verordnung einer „Dekubitusbehandlung“ muss der Dekubitus genau mit Lokalisation, Grad und Größe angegeben/beschrieben werden. Bei Verordnung von „Wundverbänden“ reicht die Angabe von Lokalisation und Wundbefund. Wenn Sie es wünschen stellen wir Ihnen hierfür gerne einen aktuellen Wundbericht zur Verfügung.
- + Geht die Verordnung über den Erstverordnungszeitraum hinaus, muss das medizinisch begründet werden.
- + Ausstellungsdatum, Stempel, Unterschrift des Arztes sind vorhanden.
- + Bei der Abweichung von einer Ordnungsbeschränkung liegt eine Begründung vor.
- + Eventuelle Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind mit erneuerter Unterschrift des Arztes mit Stempel/Datumsausgabe gekennzeichnet.

Vielen Dank. Ihr Pflegedienst

ursprünglich verordnete Leistung ab bekanntwerden nicht mehr bzw. nur in der geänderten Form durch den Pflegedienst erbracht werden.

Will oder soll der Pflegedienst die nicht genehmigten Leistungen auf privater Basis fortsetzen, so benötigt er hierzu einen (erneuten) ärztlichen Auftrag, in Form einer Anordnung (Rezept, notfalls mündlich). Ansonsten würde er eine Behandlungspflege „ohne Auftrag“ durchführen, was ihm berufsrechtlich verboten ist. Wird zum Beispiel eine Medikamentengabe nur zweimal täglich statt wie verordnet dreimal täglich genehmigt, so muss der Arzt die Medikation anpassen, da der Pflegedienst für die mittägliche Gabe keinen Auftrag mehr hat! Dies ist vielen Ärzten und Kunden so nicht klar. Es ist also wichtig, dass der Pflegedienst ihnen dies verdeutlicht.

Ist der Arzt mit der Entscheidung der Kasse über den Eingriff in seine Therapie nicht einverstanden, kann er ein Zweitgutachten verlangen (§ 62 Abs. 4 BMV-Ä). Der Kunde, dem als einzigem durch die Leistungskürzung ein Nachteil entsteht, kann und sollte gegen die Entscheidung Widerspruch einlegen (gegebenenfalls später Klage) und das zwischenzeitliche Vorgehen mit Arzt und Pflegedienst besprechen. Dies könnte beispielsweise so aussehen: Der Arzt verschreibt die aus seiner Sicht weiterhin notwendigen Leistungen dem Kunden auf Privatrezept, der Pflegedienst erbringt diese Leistungen daraufhin und stellt sie dem Versicherten privat in Rechnung. Die-

se Rechnung wird dem Kunden nach erfolgreichem Widerspruch (oder Klage) von der Krankenkasse im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V erstattet werden.

#### **WIDERSPRUCHSVERFAHREN: IMMER EINEN ANWALT BEAUFTRAGEN**

Aufgrund des Rechtsdienstleistungsgesetzes (RDG) sind weder der Arzt noch der Pflegedienst berechtigt eine Rechtsberatung durchzuführen, sie können aber eine fachliche Stellungnahme abgeben. Es ist sinnvoll, mit dem Widerspruchsverfahren einen versierten Anwalt, da er mehr beachtet wird, zu beauftragen, der dann den Widerspruch formuliert und im Namen des Versicherten einreicht.

Pflegedienste können dem Kunden aber durchaus helfen; er darf sogar einen Rechtsschutz organisieren. Er kann dem Kunden die Angst vor entstehenden Kosten nehmen, indem er das mögliche Kostenrisiko übernimmt. Dieses Risiko ist in der Regel gering, denn ein versierter Anwalt wird nur Fälle mit einer entsprechenden Erfolgsaussicht übernehmen, und sollte der Widerspruch/die Klage Erfolg haben, so muss die Krankenkasse auch seine Kosten übernehmen.

**i** Mehr zum Thema **Behandlungspflege** erfahren Sie im **Häusliche Pflege Intensiv Training**. Gerd Nett betreut dort das Modul „Qualität. Weitere Infos unter [www.hp-intensivtraining.de](http://www.hp-intensivtraining.de)

**➔** **HKP-Richtlinie: Den jeweils aktuellen Stand** finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) im **Informationsarchiv > Richtlinien Häusliche Krankenpflege**

**📖** **Richter, Ronald: Behandlungspflege – Kommentar und 45 Praxisfälle zu § 37 SGB V und den Richtlinien zur Verordnung Häuslicher Krankenpflege, 3. Auflage (2011), Vincentz Network Hannover**

**👁** **Einen Beitrag von Gerd Nett zum Thema „Reibungsverluste reduzieren – zur Zusammenarbeit von Pflegediensten und Ärzten“** lesen Sie in **Häusliche Pflege 2/2012**.

**i** **Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg erprobt seit Juni 2014 in einem Modellversuch zur Verordnung HKP einen vereinfachten Ablauf. Hier bestimmen die Pflegedienste innerhalb der Behandlungspflege selbst über notwendige und nicht notwendige Maßnahmen. Mehr zum Projekt lesen Sie in Häusliche Pflege 9/2014 auf Seite 17.**



#### **GERD NETT**

- > ist Arzt und Gesundheitsmanager, Unternehmensberater Ambulante Pflege
- > Kontakt: [info.nett@syspra.de](mailto:info.nett@syspra.de)
- > [www.syspra.de](http://www.syspra.de)

FOTO: PRIVAT

# sinfonie®

## Die Software für Soziale Dienstleister

### Sinfonie GmbH & Co.KG

Neuendorfstraße 23 b  
16761 Hennigsdorf

Telefon: +49 (0) 33 02 4 98 99 - 0  
Telefax: +49 (0) 33 02 4 98 99 - 99

E-Mail: [info@sinfonie.de](mailto:info@sinfonie.de)  
Internet: [www.sinfonie.de](http://www.sinfonie.de)