

Was gilt eigentlich und wo steht das? - Das aktuelle Serien-Update

Vor 8 Jahre hatte bereits eine dreiteilige Serie hier in PDL Praxis diesen Titel. Es ging um die Frage, welche Gesetzestexte und Inhalte sind gerade aktuell und vor allem: wo sind sie zu finden. Nachdem sich vieles geändert hat (sei es bei den Gesetzen, aber auch durch das Internet etc.) ist es Zeit, dieses Serie zu aktualisieren.

Nachtrag zu Teil 1: Pflegeversicherung SGB XI

Durch das PNG gibt es einige Änderungen, die die Qualitätsprüfungen sowie die Pflegetransparenzvereinbarung ambulant (PTVA) betreffen. Das sind insbesondere Regelungen zur Ankündigungsfrist der Prüfung, die in der Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) geregelt sind, aber vor allem müssen neue Kriterien und inhaltliche Fragen zu den neuen Sachleistungen „Häusliche Betreuung“ sowie „Grundpflege nach Zeit“ im Rahmen der PTVA sowie der Prüfanleitung des MDK aufgestellt werden.

Die QPR ist für beide Bereiche (ambulant und stationär) schon entsprechend angepasst und in der Fassung vom 17.01.2014 veröffentlicht worden (zu finden unter www.gkv-spitzenverband.de im Bereich Pflegeversicherung - Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare). Die PTVA sowie die Prüfanleitung für den ambulanten Bereich muss noch überarbeitet werden, sie wird dann später veröffentlicht. Praktisch heißt das, es gibt für diese Bereiche („Häusliche Betreuung“ und „Grundpflege nach Zeit“) noch keine Prüfanleitung, was dazu führt, das zur Zeit in Niedersachsen beide Bereiche bzw. Kunden mit diesen Leistungen nicht geprüft werden (wie Rückmeldungen aus Niedersachsen zeigen).

Teil 2: Rechtsgrundlagen der Krankenversicherung

Die wesentlichen Leistungen ambulant sind:

- Häusliche Krankenpflege nach § 37
 - Krankenhausvermeidung/Verkürzung: § 37.1
 - Behandlungspflege und freiwillige Satzungsleistungen § 37.2

- Haushaltshilfe nach § 38 (auch weitergehend als freiwillige Satzungsleistung)
- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (die Leistungen waren früher in der Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelt, mit dem PNG geändert worden)
 - § 24g Häusliche Pflege
 - § 24f Haushaltshilfe
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b

Für alle Leistungen der Krankenversicherung sind Verträge mit den jeweiligen Krankenkassen im Bundesland nach § 132 (Versorgung mit Haushaltshilfe) und § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzuschließen. Anders als in der Pflegeversicherung sind die Verträge nicht mit den Landesverbänden, sondern den jeweiligen Krankenkassen zu vereinbaren. Die Kassen müssen auch nicht gemeinsam und einheitlich handeln wie in der Pflegeversicherung. Damit kann es sein und ist es Praxis, dass man beispielsweise mit der AOK einen Vertrag, mit den VDEK- oder BKK-Kassen aber einen anderen Vertrag (was sowohl die Vergütungshöhe als auch die Definition von Leistungen oder Personal betreffen kann) abgeschlossen hat.

Die in jüngster Zeit erstmals erstellte Bundesrahmenempfehlung nach § 132a, Abs. 1 ist nur eine Empfehlung, die die Vertragsparteien in ihre jeweiligen Verträge umsetzen sollen. Das muss dann aber erst noch

gesehen. Die Bundesempfehlungen nach § 132a findet man auch beim GKV-Spitzenverband (s.o.).

Die wichtigsten Punkte zur praktischen Umsetzung (Abläufe, Inhalte, Formalien) sind in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) geregelt, die zuletzt mit Änderung vom 19. September am 13. Dezember 2013 in Kraft getreten ist. Die Richtlinie regelt formal die Zusammenarbeit der Ärzte und Krankenkassen, damit den Verordnungsumfang, den Ablauf sowie die Leistungen. Die Richtlinie in der jeweils aktuellen Fassung findet man auf der Seite des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (www.g-ba.de im Bereich Richtlinien).

Der G-BA hat auch die Richtlinie zur SAPV erlassen (Fundort siehe oben).

Für die ambulante Praxis sind weiterhin einzelne Regelungen des SGB V hilfreich:

- Kostenerstattung nach § 13, Abs. 3: lehnt die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht ab oder konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen und sind damit dem Versicherten Kosten entstanden, hat die Krankenkasse die angemessenen Kosten zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.
- Neu eingeführte Fristen für die Bearbeitung (nach **§ 13, Abs. 3a**): durch das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRechteG) vom 20.02.2013 sind für die Krankenkassen nun klar definierte Bearbeitungsfristen eingeführt worden, in deren Zeit sie Anträge auf Leistungen bearbeiten müssen: Die normale Bearbeitungsfrist beträgt drei Wochen, mit Einschaltung des MDK

(nach § 275 SGB V) fünf Wochen. Wird der MDK eingeschaltet, hat sie auch den Versicherten darüber zu unterrichten! Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, so hat sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe schriftlich mitzuteilen. Erfolgt hierzu keine Mitteilung, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt! Beschafft sich der Versicherte nach Ablauf dieser Frist die Leistung selbst, hat die Krankenkasse die hierdurch entstandenen Kosten zu erstatten.

- Zuzahlungsregelungen (§ 61) und Befreiungsvorschriften (Belastungsgrenze) (§ 62)
- Einschaltung des MDK (§§ 275 bis 277)

Tipp:

Räumen Sie alle Gesetzestexte und Bücher ins Archiv, die sich noch auf alle Gesetzesstände beziehen. Aktualisieren Sie Ihr Literaturverzeichnis und laden Sie alle relevanten Gesetze (z.B. aus dem Internet) auf Ihren Rechner. So können Sie jederzeit schnell nachsehen, was wirklich im Gesetz oder Richtlinie steht!

Oftmals hilft der Originaltext schon sehr viel weiter!

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 03/2014

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-Mail: info.heiber@SysPra.de;

www.SysPra.de